



Benito Rebollido

A EVOLUÇÃO E INFLUÊNCIA DO DESENHO ARQUITETÓNICO NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Julho de 2014

escola superior  gallaecia

MESTRADO INTEGRADO EM ARQUITETURA E URBANISMO
Vila Nova de Cerveira, Julho de 2014

escola superior  gallaecia

MESTRADO INTEGRADO EM ARQUITETURA E URBANISMO



A EVOLUÇÃO E INFLUÊNCIA DO DESENHO ARQUITETÓNICO NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Benito Alvarez Rebollido

Vila Nova de Cerveira, Julho de 2014

MESTRADO INTEGRADO EM ARQUITETURA E URBANISMO



A EVOLUÇÃO E INFLUÊNCIA DO DESENHO ARQUITETÓNICO NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Benito Alvarez Rebollido

Orientadora: Prof^a Doutora Lúgia Nunes

Vila Nova de Cerveira, Julho de 2014

PREÂMBULO

Após um percurso acadêmico onde foram abordados temas sobretudo relacionados com o habitar, a presente dissertação de mestrado resulta de um manifesto interesse em aprofundar uma área da arquitetura pouco ensaiada relacionada com a saúde mental. A problemática surge da necessidade em estabelecer uma linha evolutiva de modelos hospitalares psiquiátricos visando definir e articular a sua influência na estrutura espacial.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e irmãos, por todo o apoio, compreensão e carinho que sempre demonstraram durante o meu percurso universitário.

Ao Carlos, por estar sempre presente e me incentivar, amigo e companheiro com quem partilhei as dificuldades e alegrias deste percurso.

Aos meus amigos que deram força para continuar e acreditaram em mim, aos amigos que ganhei no curso, aos professores, Prof^a. Doutora Lígia Nunes, Prof. Damião Matos, Mestre Arquiteto Rui Correia, Prof^a. Doutora Goreti Sousa, Eng. Machado dos Santos, Prof. Doutor David Viana e muitos outros.

Em particular ao Doutor Adrian Gramary diretor clínico do Hospital Conde de Ferreira, pela sua compreensão e ajuda neste trabalho, ao Arquiteto Gonçalo Castelo Branco da Instituição São João de Deus, ao Arquiteto Mário Sousa pela amabilidade em fornecer informação, a todos os funcionários do Museu da Casa de Saúde do Telhal, ao Daniel Dumont e a Elodie Fernandes.

E um especial agradecimento ao Prof. Dr. José Euclimar Xavier de Menezes, Docente e Pesquisador da Universidade Católica do Salvador, por toda a dedicação, tempo e disponibilidade dispensada no decorrer desta dissertação.

RESUMO

Durante anos, a doença mental seguiu uma perspetiva de isolamento social e a arquitetura foi acompanhando esta tendência. Sempre muito apoiada na base religiosa, foram as Ordens a criar os primeiros espaços físicos destinados a albergar os alienados, que se encontravam a viver nas ruas ou prisões.

É no contexto de mudanças conceituais e estruturais, que se concentra o objeto de estudo da presente dissertação: partindo do conceito de doença mental e sua evolução histórica ao longo do tempo, procura-se analisar a evolução do desenho do hospital psiquiátrico através das suas mudanças estruturais e arquitetónicas que ocorreram nos espaços dedicados à saúde mental até ao século XXI.

O objetivo centra-se em determinar as transformações tipológicas do hospital psiquiátrico desde o séc. XVIII, procurando definir a sua evolução e o que foi alterado de forma a permitir uma melhor integração do doente mental.

Procura-se verificar quais os fatores que ao longo dos séculos foram determinantes no desenvolvimento de novos edifícios e novos conceitos, definindo-se os principais parâmetros de configuração para tipologias de hospitais psiquiátricos atuais, indicando o respetivo papel na estrutura espacial deste tipo de equipamento.

Pretende-se alcançar respostas, através dos casos de estudo analisados, apontando e descrevendo as diferenças que justificam as evidentes evoluções arquitetónicas paralelamente à afirmação da psiquiatria como área da medicina responsável pelo estudo e tratamento dos doentes mentais. Consequentemente averiguar se é possível a desconstrução do tema manicómio através do desenvolvimento de espaços exclusivamente dedicados à terapia e internamento.

palavras-chave: asilo; hospital psiquiátrico; transformações; tipologia

ABSTRACT

For years, mental illness followed a perspective of social isolation and the architecture has been following this trend. Always strongly supported on religious root, the Orders were the first to create physical spaces for insane accommodation, who were living on the streets or prisons.

It's in the context of conceptual and structural changes, which the objet of this thesis focuses: starting from the concept of mental illness and its historical evolution, it tries to analyze the psychiatric hospital design evolution through its structural and architectural changes occurring in areas dedicated to mental health until the century XXI.

The objective focuses on determining the typological psychiatric hospital transformations since the XVIII century, trying to determine its evolution and what has changed in order to help the mentally ill.

Seeking to understand which factors were determinants in the development of new buildings and new concepts over the centuries, defining the main configuration parameters for current psychiatric hospital types, indicating their role in this type of equipment spatial structure.

It intends to reach some answers through the case studies, pointing out and describing the differences that justify the obvious architectural developments parallel to the assertion of psychiatry as a medicine field who led the mentally ill study and treatment. Consequently it intends to investigate if it's possible the asylum deconstruction theme through the spaces development dedicated exclusively to therapy and hospitalization.

keywords: asylym; psychiatric hospital; transformation; tipology

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS

PREÂMBULO

RESUMO

ABSTRACT

CAPÍTULO I | INTRODUÇÃO

1.1	Justificação da Problemática	20
1.2	Estado de Arte	22
1.3	Objetivos	31
1.4	Metodologia de Investigação	32
1.5	Estrutura de Conteúdos	38

CAPÍTULO II | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1	A História dos espaços para alienados	45
2.1.1	Antiguidade – loucura divina	48
2.1.2	A Idade Média	54
2.1.3	Renascimento	56
2.1.4	Iluminismo	60
2.1.5	Revolução Francesa	62
2.1.6	Final do séc. XVIII - tratamento moral	64
2.1.7	Séc. XIX - construção do asilo	65
2.1.8	Início do séc. XX - declínio do asilo	68
2.1.9	O contexto dos Espaços para alienados em Portugal	68
2.2	Os espaços para alienados como espaços de exclusão social	71
2.3	As Reformas Psiquiátricas	75

CAPÍTULO III | OS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NA EUROPA (entre os séc. XVIII e séc. XIX)

3.1	Enquadramento	
3.1.1	Hospital de Salpêtrière. 1792. Paris. França	86
3.1.2	Hospital de Bethlem . 1815 . St. George's Field . Londres . Inglaterra	88
3.1.3	Hospital de Wakefield. 1818 . Wakefield . Inglaterra	90
3.1.4	Hospital de Hanwell. 1831 . Hanwell. Londres . Inglaterra	92
3.1.5	Hospital de Charenton. 1838 . Paris . França	94
3.1.6	Hospital Modelo Dr. Jacobi	96
3.2	A Volumetria e a Organização Espacial	
3.2.1	Hospital de Salpêtrière. 1792. Paris. França	100
3.2.2	Hospital de Bethlem . 1815 . St. George's Field . Londres . Inglaterra	102
3.2.3	Hospital de Wakefield. 1818 . Wakefield . Inglaterra	104
3.2.4	Hospital de Hanwell. 1831 . Hanwell. Londres . Inglaterra	106
3.2.5	Hospital de Charenton. 1838 . Paris . França	108
3.2.6	Hospital Modelo Dr. Jacobi	110
3.3	Análise Comparativa	
3.3.1	O programa	114
3.3.2	A capela e igreja	116
3.3.3	As celas	118
3.3.4	As enfermarias e os quartos de dia	120
3.3.5	O modelo	120
3.4	Análise dos alçados e dos vãos exteriores	125
3.5	Análise dos espaços exteriores	133

CAPÍTULO IV | OS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS EM PORTUGAL (entre os séc. XIX e séc. XX)

4.1	Enquadramento	
4.1.1	Hospital Miguel Bombarda . 1848 . Lisboa	150
4.1.2	Hospício D.Pedro II . 1852. Rio de Janeiro . Brasil	152
4.1.3	Hospital Conde de Ferreira. 1883 . Porto	154
4.1.4	Hospital Júlio de Matos. 1942 . Lisboa	156
4.2	A Volumetria e a Organização Espacial	
4.2.1	Hospital Miguel Bombarda . 1848 . Lisboa	160
4.2.2	Hospício D.Pedro II . 1852. Rio de Janeiro . Brasil	164
4.2.3	Hospital Conde de Ferreira. 1883 . Porto	166
4.2.4	Hospital Júlio de Matos. 1942 . Lisboa	168
4.3	Análise Comparativa	
4.3.1	O programa	174
4.3.2	As enfermarias e os quartos de dia	176
4.3.3	A capela e igreja	178
4.3.4	As celas	178
4.3.5	O modelo	180
4.4	Análise dos alçados e dos vãos exteriores	185
4.5	Análise dos espaços exteriores	193

CAPÍTULO V | PANÓTICO

5.1	Enquadramento	203
5.2	Panótico do Hospital Conde de Ferreira	209
5.3	Pavilhão de Segurança do Hospital Miguel Bombarda	213

CAPÍTULO VI | HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NA ATUALIDADE

6.1	Hospital François Quesnay em Mantes-la-Jolie, França	223
6.2	Centro Hospitalar des Portes des L’Oise, França	229

CAPITULO VII | CONSIDERAÇÕES FINAIS 239

BIBLIOGRAFIA	245
--------------	-----

ÍNDICE DE FIGURAS	253
-------------------	-----

1.1 Justificação da Problemática

A motivação para o tema prende-se com o próprio desenvolvimento do conceito de doença mental, ao qual paralelamente se desenvolve o conceito de hospital psiquiátrico, aqui tido sobre o ponto de vista arquitetónico, procurando verificar de que modo a sua arquitetura foi evoluindo e consequentemente se apresenta como um estímulo para o tratamento das doenças mentais, funcionando como um fonte de motivação e adaptado às necessidades do paciente.

Os primeiros hospícios datam do século XV em Pádua e Bergamo. No século XVI e XVIII com o desenvolvimento das Misericórdias, surgem em Portugal e no Brasil os primeiros asilos, destinados ao acolhimento dos indigentes, ladrões, prostitutas, não com o objetivo de tratar, mas antes de os retirar dos olhos da sociedade. Anterior a estes dados, pensa-se que os doentes mentais estariam a cargo das suas famílias, sendo os mesmos considerados não humanos e por isso havia a associação da religião à doença mental, ou seja, a presença de uma doença mental ou deficiência era considerado um castigo divino (Antunes, 1991; Jodelet, 2001; Burzstyn, 2004; Costa, 2007).

O desenvolvimento dos primeiros espaços destinados ao albergue dos doentes mentais pautaram-se pela ausência de condições ou resultaram mesmo do aproveitamento de espaços já existentes, de doações ou de simples pessoas, geralmente associadas à igreja, que se disponibilizaram para acolher os doentes mentais, os débeis, alienados da sociedade, que em casos extremos eram mesmo encarcerados nas prisões junto dos mais vis criminosos (Focault, 1987).

Partindo de uma exploração minuciosa, verificou-se que os primeiros asilos em muito se assemelhavam às prisões: não só pelo seu aspeto arquitetónico, com janelas com grades, espaços pequenos, sem luz natural, como também não possuíam quaisquer condições para albergar os doentes mentais. Ao não deterem essas condições, também não se podia esperar que lhes fossem prestados os cuidados necessários, nem mesmo que existissem nessas primeiras instalações profissionais qualificados para a prestação desses mesmos cuidados.

Pode-se mesmo dizer que era uma espécie de circo de horrores, onde eram expostos os doentes mentais a quem os quisesse ver e até mesmo humilhar (Fontes, 2003).

É na segunda metade do século XVII que surgem os primeiros documentos sobre a existência dos primeiros hospitais psiquiátricos, mais conhecidos como hospícios, destacando-se entre estes o Bicêtre e Salpêtrière, ou mesmo Bethlem. Podemos dizer que os dois primeiros quer pela sua arquitetura, pelo objetivo do seu desenvolvimento e pelos profissionais que deles faziam parte, constituíram-se como o ponto de partida para a mudança para aquilo que hoje conhecemos como doença mental e que hoje vemos como espaços destinados ao tratamento das doenças mentais (Miquelin, 1992; Fontes, 2003; Couto, 2005; Arnold, 2010).

Pinnel assumiu-se como o principal promotor do desenvolvimento do conceito de doença mental, ao mesmo tempo que define, pela primeira vez, alguns pormenores arquitetónicos que deveriam ser levados em consideração aquando a construção dos espaços destinados ao tratamento dos alienados, referindo características como: zonas separadas quer para homens, quer para mulheres, ao mesmo tempo que defendeu que os mesmos deveriam ser removidos das zonas citadinas para locais mais calmos e isolados, para permitir o tratamento e progressiva introdução dos mesmos novamente na sociedade (Miquelin, 1992; Pacheco, 2003).

É partindo destas primeiras concepções sobre a construção e organização da arquitetura em torno da psiquiatria que se formula a problemática base deste estudo.

1.2 Estado de Arte

São pouco frequentes os estudos relacionados com a arquitetura dos hospitais psiquiátricos e a sua evolução ao longo do tempo centrada sobre o impacto na vida dos doentes mentais. Tem vindo a ser estudada a estrutura e arquitetura envolvente destes edifícios, embora a estrutura arquitetónica não tenha sido analisada do ponto de vista da evolução para o doente mental, ou seguindo a lógica da evolução da psiquiatria enquanto área da medicina.

No início do século XIII não existiam instituições inteiramente dedicadas ao tratamento dos doentes mentais, em que estes ou se encontravam entregues à guarda das suas famílias, ou então “soltos” na sociedade, marginalizados por esta, que sem recursos para os auxiliar, acabava por os considerar indigentes e encarcerar nas prisões dos reinos. Das obras consultadas para este estudo verifica-se que o modo como os doentes mentais eram percepcionados e as formas de tratamento foram sofrendo alterações ao longo do tempo. Esta nova percepção implicou modificações, criações e desenvolvimento de técnicas e espaços próprios para o seu tratamento.

Então, torna-se necessário compreender “(...) a relação entre espaço construído e o bem estar é um fato que se toma óbvio quando se estuda as questões físicas e objetivas do conforto ambiental(...)” (Fontes, 2003, p. 63), o que levanta questões que vão além de compreender o espaço físico, mas sim entender de que modo as evoluções arquitetónicas influenciam de forma positiva ou negativa a vida daqueles que nestas instituições se encontravam ou ainda se encontram.

Uma das maiores dificuldades neste processo de pesquisa relacionou-se diretamente com dificuldade dos artigos encontrados ou estudos sobre os pontos aqui levantados não se concentrarem tantos nos aspetos arquitetónicos e nas suas modificações no decorrer do tempo dentro de uma determinada instituição, mas sim as características arquitetónicas e as mudanças das instituições em comparação com as previamente existentes, sem deixarem de referir a ideia de sobrelotação do espaço, dificuldade em aplicar os princípios postulados pelos pioneiros na área ou a dificuldade em levar um projeto avante num curto espaço de tempo.

Ainda se ressalta a dificuldade: da parca presença de documentos ou artigos de autor. Foi possível visitar os espaços, até mesmo encontrar plantas, fotografias, quadros representativos da época, mas raramente se encontrou com estes documentos ricos em informação e os poucos que se encontraram já se encontram datados do século passado, senão de há dois séculos atrás.

Mesmo perante estas duas primeiras dificuldades, o tema apresentado foi ao encontro do exposto por Fontes (2003, p. 63) no qual “neste contexto insere-se a problemática do espaço, em especial do espaço arquitetónico como coadjuvante nos processos de implantação das propostas de humanização”, uma vez que nos documentos encontrados verificou-se uma mudança na preocupação daqueles que os construíam ou que os dirigiam: o espaço construído revela-se como importante na experiência humana. (Sanoff, 1990). Neste sentido, em visitas realizadas por Gomes (1843) e Tuke (1862) colocaram em evidência as realidades encontradas em alguns dos hospitais psiquiátricos da Europa mais conhecidos, o Salpêtrière, o Bicêtre, o Hospital modelo do Dr. Jacobi ou mesmo do Bethlem Royal Hospital, evidenciando aspetos como hierarquia na sua organização, construção de modo eficiente e dessa forma responderem às necessidades dos seus pacientes (Sommer, 1973).

Tuke (1862) revelou mesmo alguns hospitais ou asilos destinados ao tratamento dos doentes causavam danos aos pacientes invés de melhorias, ressaltando-se aqui, mais uma vez, a necessidade de compreender as relações que se estabeleciam entre o meio ambiente e o espaço construído (Gomes, 1843).

A visita aos hospitais europeus procurou não só demonstrar a realidade da Europa, mas também trazer consigo algumas dessas ideias para Portugal que continuava a apresentar atrasos quer no que concerne ao tratamento dos doentes mentais, quer no que diz respeito ao desenvolvimento dos próprios espaços destinados ao seu internamento. A visita procurou também elucidar as melhorias que seriam necessárias realizar nos hospitais portugueses da época.

No que diz respeito ao espaço arquitetónico em si mesmo, os estudos não o apresentam

como um todo. São mais apresentados como um sistema, constituído por vários elementos, que se articulam no sentido de materializar o objetivo daquela construção. Cada um desses sistemas apresenta funções diferenciadas entre si, o que dá a ideia de que nem sempre fazem parte do espaço destinado ao doente mental e que a estes apenas se destinavam os quartos (e.g. celas) ou salas de tratamento.

Esquirol e Pinnel foram os primeiros a demonstrar a necessidade de criar espaços amplos de tratamento mental que permitisse a reabilitação social, a reconstrução da sua individualidade, o estabelecimento de relações interpessoais e sociais significativas, ou mesmo inclusão em atividades do dia-a-dia para as quais consideravam previamente que estes não teriam capacidade de realizar, sendo que foi a partir das suas concepções que os doentes mentais passaram a ter um espaço próprio para habitar, ser tratados e deixassem de ser marginalizados numa sociedade que os considerava inaptos para qualquer atividade social. (Portocarrera & Moreira, 2002; Pacheco, 2003)

Os hospitais psiquiátricos evoluíram então de um conjunto de sistemas padronizados, monótonos e sem estímulos, que serviam apenas para enclausurar os doentes mentais, para espaços que passaram a integrar em si mesmo outras áreas físicas que permitiam ao doente compreender o espaço não como uma prisão, mas sim como algo que lhe permitia a liberdade, com pavilhões destinados à realização de atividades sociais e mesmo profissionais, passando o hospital psiquiátrico a ser visto como um todo.

Só no século XVIII acontece a primeira grande reforma psiquiátrica e nos serviços de atendimento aos doentes mentais, humanizando mais o processo, sendo que as primeiras iniciativas aconteceram em França e Inglaterra, seguindo-se em menor escala em outros países. É nesta fase que se destacam os nomes de Tuke (1862) e Pinnel que acreditavam na eficácia que um ambiente mais familiar, a presença de atividades diárias em detrimento de violência e do enclausuramento. (Portocarrera & Moreira, 2002; Pacheco, 2003).

Apesar deste desenvolvimento do século XVIII, na resenha história e analítica verificamos

que estes países que agora se apresentavam como pioneiros em matérias de tratamento dos doentes mentais e processo de humanização, foram aqueles onde os alienados foram expostos para a população geral apreciar. Contudo, também foi aquele que apresentou mais melhorias no que diz respeito à organização do espaço físico, o que se deveu em muito ao esforço realizado pelos médicos que procuraram humanizar os doentes mentais e fomentar a construção de novos espaços que pudessem dar resposta às reais necessidades dos doentes, criando um sistema de trabalho que assentava sobre o tratamento com o objetivo de os integrar novamente na vida social.

Com o avançar na pesquisa no tempo, verificou-se que as novas construções pautam-se pelo abandono de estilos padronizados, sem cor, com espaços contíguos pouco amplos com a passagem para um modelo de forma linear, com a presença de panóptico. Também surgem espaços em forma H, com linhas rectas e dispostos em pavilhões quadrangulares. Os edifícios passaram a ter dois ou mais pisos, em que os doentes mentais passaram a ser acomodados em quartos por géneros com o objectivo de distinguir dormitórios de enfermarias. Ocorreram ainda modificações na gestão dos próprios hospitais: passaram a estar sobre a alçada de médicos e não das ordens eclesiásticas, estando desta forma sujeitos a normas e fiscalizações recorrentes. (Gomes, 1943)

Foi com o avançar dos trabalhos e exposição dos progressos dos primeiros hospitais psiquiátricos europeus que se tornou possível melhorar as condições de vida dos alienados, ao mesmo tempo que foram criados e desenvolvidos estabelecimentos distintos destinados aos doentes mentais curáveis e aos incuráveis, sendo estes separados por instituições, ou quando presentes nas mesmas instituições, ocorria o isolamento ou afastamento daqueles que não apresentariam melhorias significativas, considerando que esta separação não era mais que uma forma de tratamento. (Gomes, 1943)

Foi partindo desta primeira análise sobre a história da doença mental e o desenvolvimento dos hospitais psiquiátricos, que entramos naquela que foi a nossa segunda linha de orientação:

os hospitais psiquiátricos portugueses. Neste processo de pesquisa deparamo-nos com a presença dificuldades, novamente relacionadas com a precária informação disponível. Contudo, aqui verificamos que os poucos existentes, dois deles foram construídos de raíz, e os demais foram sofrendo alterações ao longo dos anos.

Tal como Gomes (1843, p. 14) referiu face aos hospitais psiquiátricos portugueses:

“(...) de estabelecimentos para alienados temos tudo por fazer (...) os mais infelizes destes doentes (...) são por isso recolhidos, não para asylos próprios, que os não há, mas nos Hospitais geraes das primeiras cidades do Reino, onde se lhes destina hum local, que pela situação, extensão, distribuição e outros arranjos internos, mais vezes parece um abrigo para feras (...) encerradas, ás vezes, em hum cubículo escuro e infecto, onde mal podem obter um feixe de palhar”. (Gomes 1843)

Ora, partindo das palavras de Gomes (1843), podemos verificar que os primeiros hospitais psiquiátricos, o Hospital da Marinha e o Hospital S. José se apresentavam como muito precários no que diz respeito ao tratamento e alojamento dos doentes mentais, em que os quartos eram de pequenas dimensões, mais compridos do que largos, não permitindo a separação dos doentes, sendo que as áreas comuns serviam para todos os propósitos, desde de passear à alimentação. No entanto, possuíam sistema de ventilação e de luz, que permitia que mesmo nas celas mais escuras chegasse a luz do sol, proporcionando vistas sobre o Tejo, ao mesmo tempo que o complexo destinado à higiene dos doentes mentais se encontrava na parte exterior.

A sua maioria apresentavam *“(...) más condições de instalações e higiene, bem como a ineficácia dos tratamentos disponibilizados para os alienados na época, salientando a necessidade de um novo hospital que ultrapasse os problemas assistenciais (...)”* (Lopes & Rodrigues, 2009, p. 138), dado que até uma dada época os hospitais além de providenciarem os melhores tratamentos, também as condições nas quais os doentes se encontravam eram

desumanas: os quartos pareciam celas prisionais, com colchões no chão e portas com grades, utilização de perneiras ou coleiras que impedissem a movimentação dos membros ou mesmo o uso do colete-de-forças para limitar os movimentos. (Lopes, 2009)

Seguindo as linhas orientadoras da nossa pesquisa, mas já em contexto português, verificou-se que até ao ano de 1848, o Hospital de Rilhafoles era o único hospital destinado ao tratamento e internamento de doentes mentais em terras lusas, surgindo então António Maria Sena, figura incontornável da história da psiquiatria em Portugal, que com a sua obra *Os alienados de Portugal* possibilitou que esta área começasse a ser desenvolvida dentro do défice científico e cultural no qual o país se encontrava. (Santos, 2011). A verdadeira evolução ocorreu entre os anos de 1848 e 1945, ano em que é construído o Hospital Conde Ferreira no Porto, seguindo-se um período de regionalização e descentralização dos serviços de saúde mental, pautado pelo desenvolvimento e criação de mais espaços para o tratamento dos doentes mentais através da integração e reconhecimento da psiquiatria e da saúde mental como áreas importantes no sistema de saúde pública e no subsistema de cuidados de saúde primários (Graça, 1997).

Tal como nas primeiras instituições europeias, o primeiro hospital psiquiátrico não foi construído de raiz, mas sim foi aproveitado um espaço livre: o convento de Rilhafoles em Lisboa. (Santos, 2011)

Pode-se dizer que apesar de não ter as melhores condições, o espaço foi aproveitado e mais tarde, com um novo diretor, Miguel Bombarda, sofreu obras de modernização e ampliação que permitiram modernizar e melhorar as condições em que os doentes se encontravam, assim como foi o primeiro hospital português a introduzir o conceito de panóptico (Mira, 1947; Lopes & Rodrigues, 2009; Cintra, 2012).

Construído de origem, surge no Porto, o Hospital Conde Ferreira, que procura implementar as ideias defendidas por Esquirol e Pinel: um espaço amplo, longe de zonas urbanas e no qual os doentes fossem humanizados, com a presença de atividades diárias com vista a sua melhoria. Aqui também se verificaram melhorias em termos arquitectónicos, sobretudo no que diz respeito

às condições de higiene, luz natural, espaço para os doentes, uso da cor e perda da ideia de clausura tão associada às prisões. Mais tarde, surge em Lisboa o Hospital Júlio de Matos, que também revela os mesmos avanços em termos de arquitetura, mais espaçoso, mas como todos os outros, o avançar do tempo trouxe sempre consigo a degradação dos espaços e consequente degradação da vida dos indivíduos.

Partindo então dos primeiros trabalhos desenvolvidos sobre os hospitais psiquiátricos em Portugal, ocorreu que o tempo fez com que acontecessem melhorias no que diz respeito à sua organização, quer à forma como os alienados/ doentes mentais eram tratados. Assim, este nosso percurso pelos hospitais psiquiátricos portugueses no verdadeiro sentido da palavra inicia-se em 1883 com a criação do Hospital de Alienados do Conde Ferreira (Porto), o primeiro a ser concebido, construído e apetrechado com o objetivo de tratar doentes mentais, englobando em si um conceito arquitetónico funcional moderno, que se assemelha muito ao Hospital D. Pedro do Brasil (Costa, 2007).

O processo de inventariar os edifícios, contar a sua história e descreve-los na sua arquitetura e condições físico espacial chegou através de alguns trabalhos realizados por investigadores, que procuraram, sobretudo, demonstrar as diferenças que ocorreram a partir de uma dada época, mas mesmo assim, apesar de documentos ricos em termos de terminologia, o fato é que os mesmos revelam a pouca informação ou quem sabe mesmo atenção prestada a estes estabelecimentos.

Embora se tenham encontrado dificuldades neste processo, pode-se dizer que em Portugal, a partir do século XIX começou a encontrar-se na arquitetura dos hospitais psiquiátricos portugueses influências externas dos grandes hospitais europeus e mesmo brasileiros, constituindo-se esta como o ponto de partida para a análise exaustiva dos mesmos e comparação, dado que do exterior chegam histórias e informações que revelam uma evolução prévia aquela que se assistiu em Portugal. Trabalhos desenvolvidos por AAVV (1947), Bombarda (1894); Graça (1997); Lopes & Rodrigues (2009) foram alguns dos autores que concentraram a sua atenção no

descortinar do desenvolvimento do espaço arquitetónico e hospitais de saúde mental.

Damos conta, da ligação, que embora possa ser considerada ténue, entre a arquitetura, a psicologia e a psiquiatria, revelando-se aqui relações que não antes se consideravam como relevantes neste processo. Como temos vindo a dizer, quase que parece que elas evoluíram em conjunto e não desfasadas, permitindo-nos aqui verificar de que forma a melhoria de condições físicas permitiria ou permitiu a consequente melhoria da saúde mental (Rosen, 1994; Pinheiro, 1997; Pacheco, 2003; Santos & Burstkyn, 2004; Pereira, Gomes & Martins, 2005).

O levantamento do estado da arte, nos âmbitos relacionados com a arquitetura dos Hospitais Psiquiátricos em Portugal e na Europa, revelou a presença de lacunas no conhecimento sobre o tema, bem como a parca informação sobre o mesmo, procurando-se que com este estudo chegar a conclusões que permitam avanços no seu conhecimento. A formação académica em Arquitetura revelou-se importante na medida em que ela mesma se apresentou como fundamental para a abordagem sobre o ponto de vista da especialidade e a sua articulação com as demais especialidades, que permitirão a compreensão como um todo.

O cruzamento de várias informações, temas e questões tornaram evidente que a concepção destes espaços revelou-se como propósito essencial para o entender, sem nunca aqui descurar do próprio conceito de doença mental, que mesmo rico em termos de estruturação história, não funciona de todo como mote para descodificação do tema a que nos propusemos estudar. Assim sendo, existiu a necessidade em realizar uma desmontagem do tema, procurando analisa-lo dentro de todas as perspectivas e correntes, com o objetivo central de compreender quais as circunstâncias histórias, sociais e médicas que permitem entender esta evolução e as suas respectivas consequências.

Assim sendo, salientamos que a documentação é escassa ou está vedada a pessoal fora das instituições. Mesmo com este risco acrescido e sabendo que alguns se perderam com o tempo, o fato de se tratar de um tema sobre arquitetura permitiu recorrer aos elementos externos daquilo que se investiga: visitar os próprios hospitais e através do que se vê, reconstruir o que

se perdeu com o tempo.

Apesar das perdas documentais, os próprios edifícios apresentam-se como um dado fundamental e essencial para o desenvolvimento do estado da arte dos mesmos. A grande maioria da informação que temos sobre estas estruturas não vêm de documentos oficiais, mas sim de relatos dos seus dirigentes ou da sua fundação, de profissionais que neles exercem a sua profissão ou mesmo daqueles que um dia frequentaram ou visitaram. Relembramos aqui que nestes relatos, nesta exaustiva recolha de informação também a própria visita aos locais em causa se apresentou-se como crucial para o desenvolvimento do presente estudo, culminando com novas ideias e novas formas de organização que procuremos apresentar nas nossas conclusões

Para concluir, nesta extensa pesquisa de campo foi possível perceber quais as possibilidades que a arquitetura poderia assumir na questão da saúde mental: verificamos que para além da beleza de alguns dos espaços visitados, estes procuraram ser pioneiros na época em que se encontravam, apesar de com o tempo sofrerem com a deterioração do seu estado físico ou mesmo com o desinteresse daqueles que eram responsáveis pela sua manutenção, tal como acontece com tantos outros edifícios de grande beleza e importância histórica.

1.3 Objetivos

A dissertação apresentada, realizada no âmbito do Mestrado Integrado em Arquitetura e Urbanismo, tem como objeto de estudo a evolução do desenho do Hospital psiquiátrico e apresenta dois objetivos para a sua materialização:

1 | Determinar a evolução tipológica do hospital psiquiátrico desde o séc. XVIII

2 | Definir a influência das tipologias de referência na evolução da estrutura espacial dos Hospitais Psiquiátricos até à atualidade.

Através do estudo aprofundado de cinco modelos europeus datados entre o séc. XVIII e séc. XIX, quatro modelos portugueses entre o séc. XIX e séc. XX, terminando com dois exemplos atuais, pretende-se explorar o processo evolutivo e determinar modelos arquitetónicos que se desenvolveram paralelamente à evolução do conceito psiquiátrico. E, posteriormente, estabelecer o modo como estes modelos influenciaram a distribuição programática e funcional, de que forma foram introduzidas as transformações, quais os objetivos, quais as especificidades e condicionantes às quais tiveram associadas.

1.4 Metodologia de Investigação

A metodologia da presente dissertação seguiu várias fases, incluindo cada fase um conjunto de métodos e técnicas expostas da seguinte forma:

Fase I

Numa primeira fase a metodologia contempla um período de levantamento bibliográfico (pesquisa, leitura, redação) de diversas fontes disponíveis (livros, periódicos, artigos, internet) sobre a evolução do conceito de saúde mental relacionado e acompanhado com a arquitetura. Uma análise mais conceptual que aborda autores como Phillipe Pinel, Esquirol e Dr. Jacobi entre outros. Esta contextualização e fundamentação teórica/histórica fornecem elementos que conduziram aos indicadores da análise da evolução tipológica dos hospitais psiquiátricos.

Fase II

No que concerne à metodologia de trabalho, a mesma irá concentrar-se na realização de um estudo multicasos, que tem como objetivo principal realizar uma confrontação teórica com os dados recolhidos empiricamente.

A escolha deste método de estudo prende-se, sobretudo, com o fato de ser muito utilizado em pesquisas de origem exploratória, que é o caso, permitindo ao mesmo tempo um planeamento que possibilita não o seguimento de uma trajetória rígida de pesquisa, mas antes de mais uma espécie de indução de descobertas que inicialmente não foram consideradas. Tem ainda a vantagem de não reduzir a amplitude de atuação do investigador, mas sim aumentá-la de acordo com as suas necessidades, interesses e objetivos, ao mesmo tempo que a própria análise de dado se apresenta como muito rica em termos de pesquisa e exploração, como foi o caso dos hospitais encontrados no decorrer do estudo, que não foram contemplados, mas que fascinam pela sua arquitetura.

Contudo, logo aqui convém salientar que apesar da escolha do método de estudo multicaso, que o mesmo não se apresentou como uma tarefa de fácil concretização, uma vez que por vezes sentiu-se a necessidade de fugir ao tema em si mesmo, havendo quase que uma desfocalização do que inicialmente estava planeado pela necessidade de procura de elementos que permitissem corroborar as questões que precisam de respostas.

1º nível

Serão identificados casos de hospitais psiquiátricos emblemáticos na Europa, entre os séculos XVIII e XIX, nomeadamente: o Hospital de Salpêtrière em França (1792); Hospital de Bethlem em Inglaterra (1815); Hospital de Wakefield (1818) e de Hanwell (1831) em Inglaterra (1818); Hospital de Charenton em França (1838) e o Hospital modelo do Dr. Jacobi.

A análise compreende a sua inserção urbana, sua tipologia, o programa, a sua volumetria e vãos exteriores e o tratamento dos espaços exteriores.

As fontes baseiam-se na recolha de informação nacional e internacional através de livros, publicações periódicas, imprensa, artigos de internet, desenhos de arquitetura, observação direta e fotografias de autor e existentes.

2º nível

Dando continuidade aos casos de estudo anteriores, irão ser apresentados como unidade de estudo, quatro instituições de tratamento de doentes mentais em Portugal, entre os séculos XIX e XX sendo elas: Hospital Miguel Bombarda em Lisboa (1848); o Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro (1852); Hospital Conde Ferreira no Porto (1883) e o Hospital Júlio de Matos em Lisboa (1942).

A análise compreende a sua inserção urbana, sua tipologia, o seu programa, a sua volumetria e vãos exteriores e o tratamento dos espaços exteriores.

As fontes baseiam-se na recolha de informação internacional através de livros, publicações periódicas, imprensa, artigos de internet e observação direta.

De modo a que a análise seja mais precisa, tendo como base os desenhos de arquitetura originais, serão elaborados novos desenhos em um formato mais rigoroso que permite uniformização e sistematização na análise, numa tentativa de

“(…) entender as aproximações entre concepção e organização do espaço e o impacto que pode causar no indivíduo, futuro utilizador, é permanente. A minha referência principal é tão simples como a noção de «bem-estar»” (Castro, 2011, p.11).

Indicadores para o Estudo Multicaso de Caracterização dos Hospitais Psiquiátricos

- os primórdios

Indicadores	Técnica/Instrumento	Fonte/Sujeito
Organização do espaço	Análise documental. observação, fotografia	livros, projetos, arquitetura
impacto que pode causar no indivíduo	análise documental	livros, documentos interm-diários
«bem-estar»	análise documental	livros, documentos

Tabela 1: Quadro de Indicadores de Estudo Multicaso dos Hospitais Psiquiátricos- os primórdios

Fonte: Autor

O tratamento dos dados recolhidos serão compilados em organogramas funcionais e em quadros síntese.

Fase III

Seguidamente, pretende-se apresentar modelos contemporâneos de hospitais psiquiátricos, nomeadamente:

. Edifício Psiquiátrico projetado pelo Arq. Bruno Laudat, cujo trabalho assenta essencialmente na promoção da arquitetura no campo da Saúde Mental: este autor levanta questões que, tal como o próprio menciona num artigo,

“De alguma forma tem a ver, com a forma como se procura reabilitar a imagem da psiquiatria através do uso de novos registos arquitectónicos. Mas a arquitetura não está limitada à justaposição de metros quadrados. É também sobre os homens e a forma como usam o seu espaço. Fechar ou transformar os asilos abatendo os seus muros. (...) A demolição de um muro ainda é sinónimo de liberdade. A construção de uma parede é ainda sinónimo de exclusão” (Laudat,2005,p.22);

. Edifício Psiquiátrico projetado pelo Arq. Victor Castro, pioneiro na área da arquitetura psiquiátrica em França: este arquiteto afirma que

“(...)a procura para entender as aproximações entre concepção e organização do espaço e o impacto que pode causar no indivíduo, futuro utilizador, é permanente. A minha referência principal é tão simples como a noção de «bem-estar»” (Castro,2011, p.11).

Dada a falta de informação, a análise irá incidir numa abordagem a nível programático e de conceptualização, que funcionarão como meio de comparação entre a fase inicial dos hospitais psiquiátricos com aqueles que hoje se encontram em funcionamento e que foram objeto de interesse.

Indicadores para o Estudo Multicaso de caracterização dos hospitais psiquiátricos

- a atualidade

Indicadores	Técnica/Instrumento	Fonte/Sujeito
Novos registos arquitetónicos	Análise documental. observação, fotografia	livros, projeto, arquitetura, arquivo privado e local
A arquitetura não está limitada à justaposição de metros quadrados	análise documental, observação e fotografia	livros, projeto arquitetura, local
Usam o seu espaço	análise documental, observação e fotografia	livros, projeto arquitetura, local
Muros	análise documental, observação e fotografia	livros, projeto arquitetura, local
Liberdade	análise documental	livros e documentos intermediários
Parede	análise documental, observação e fotografia	livros, projeto arquitetura, local
Exclusão	análise documental	livros e documentos intermediários

Tabela 2: Quadro de Indicadores de Estudo Multicaso dos Hospitais Psiquiátricos- a atualidade

Fonte: Autor

Será com base neste faseamento e nestes indicadores que se irão confrontar as atitudes e conceitos desde o séc.XVIII até à atualidade, com a finalidade de atingir o objetivo que se propôs de definir as influências que tiveram na espacialidade dos hospitais psiquiátricos.

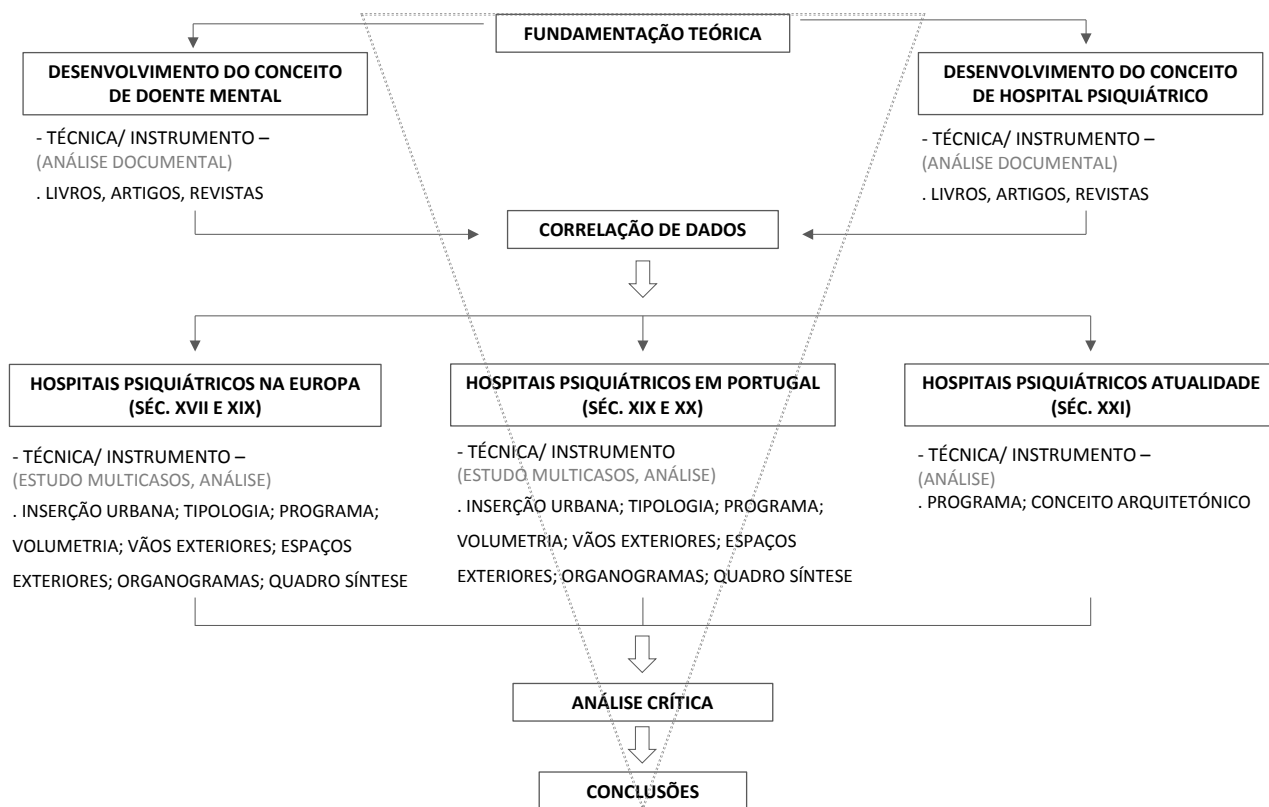


Tabela 3: Quadro Síntese de Metodologias de Investigação

Fonte: Autor

1.5 Estrutura de Conteúdos

A organização estrutural da dissertação dividi-se em sete capítulos.

Num primeiro capítulo, irá ser apresentada a introdução ao tema, no qual se irá expor a justificação da problemática, procurando identificar os motivos subjacentes à escolha de um tema para o qual existe pouca informação. Apresenta-se um breve estado da arte relativamente aos hospitais psiquiátricos estudados culminando com a apresentação dos objetivos e da metodologia de investigação, que neste caso iremos recorrer ao estudo multicaso, com recurso ao uso de plantas e fotografias por forma a caracterizar o modo como os hospitais psiquiátricos se encontravam organizados.

Num segundo capítulo, realiza-se a exposição teórica do conceito e contextualização dos espaços para alienados, abordando-se os primeiros modelos de hospitais com esta finalidade, a sua evolução histórica, tendo em consideração a perspectiva dos diferentes autores e nas várias épocas, desde a antiguidade até ao séc. XX, fazendo referência às reformas psiquiátricas, visando sobretudo o seu aspecto arquitetónico no sentido de entender alterações do espaço físico que se traduzissem numa melhoria das condições de vida dos doentes psiquiátricos.

No terceiro capítulo realizar-se-á uma abordagem à caracterização dos que se consideram ser os principais modelos dos hospitais psiquiátricos entre os séculos XVIII e XIX na Europa, como são o Hospital de Salpêtrière, Hospital de Bethlem, Hospital de Wakefield, Hospital de Hanwell, Hospital de Charenton e importante também referir o modelo defendido pelo dr. Jacobi (Jacobi, 1841). Em todos os estabelecimentos mencionados, fazer-se-á um ligeiro enquadramento histórico e de seguida procurar-se-á analisar elementos arquitetónicos relevantes como a volumetria, organização espacial interior, os alçados, vãos exteriores e a importância dos espaços exteriores.

Seguir-se-á um quarto capítulo no qual se realiza uma análise dos que se consideram ser os principais modelos de hospitais psiquiátricos em Portugal.

Para este estudo apresentam-se o Hospital Miguel Bombarda, o Hospital D. Pedro II (como exemplo de uma ex colónia portuguesa mas com bastante influência), Hospital Conde de Ferreira e o Hospital Júlio de Matos. Nesta fase, segue-se a mesma estratégia do capítulo anterior, mas concentrando a atenção nos elementos constituintes, nas alterações verificadas e se as mesmas, de certa forma, podem ser comparadas aos primeiros, procurando criar um paralelismo evolutivo.

No quinto capítulo, fazer-se-á uma exposição do conceito de panóptico, primariamente apresentado por Bentham (Silva, 2002), aplicado às prisões e posteriormente a alguns hospitais psiquiátricos, demonstrando que a forma de organização das mesmas deveria permitir uma concreta observação do espaço, assim como o próprio espaço deveria adaptar-se às necessidades não só de quem lá trabalha, mas também daqueles a quem se destina.

A análise comparativa termina num sexto capítulo onde se faz uma breve abordagem a dois exemplos de arquitetos contemporâneos especializados em arquitetura psiquiátrica, expondo os seus conceitos e dois exemplos de modelos por eles projetados de modo a poder tecer comparações face à análise realizada nos capítulos anteriores.

Por fim, concluir-se á presente dissertação com um capítulo dedicado às principais conclusões que foram possíveis retirar da investigação e estudos realizados, fazendo o concreto paralelismo com as fontes históricas, analisando criticamente os mesmos.

O objetivo não parte de verificar de que modo a arquitetura influencia a evolução da doença ou do doente mental, mas averiguar de que modo esta sofreu alterações com o objetivo de se tornar mais adequada para os quais se destinava. Procuraremos aqui realizar uma análise crítica, tendo por base os trabalhos desenvolvidos previamente e a opinião sobre os mesmos, numa tentativa de, quem sabe, alertar para a necessidade de reformular espaços que por si só apresentam objetivos específicos.

Abordar o conceito de hospital psiquiátrico em arquitetura, implica recorrer á evolução do conceito de doente mental e da própria assunção da psiquiatria como especialidade médica, o que apenas surgiu após o século XVIII e apenas no século XIX e XX é que a mesma se assume como centro do tratamento das doenças mentais, que até à data eram consideradas incuráveis ou intratáveis.

A compreensão da doença mental assume diversas fases dentro da história da própria humanidade, passando de uma ideia fantasiosa de possessão demoníaca ou castigo divino, até chegar ao momento em que existe o reconhecimento da necessidade de criar espaços e de tratamentos que permitiam o seu desenrolar de forma positiva, incluindo os indivíduos novamente na sociedade e não os ocultando da mesma.

A palavra hospital tem origem na palavra latina *hospes*, que significa hóspedes, dando mais tarde origem à palavra *hospitalis* e *hospitium*, local onde na antiguidade eram colocados os enfermos, viajantes e peregrinos, ou seja, os primeiros hospitais, se assim os podemos entender, tinham subjacente em si a ideia de acolhimento, mas quando se tratava de um local que se ocupava de acolher os pobres, os incuráveis e os insanos, então era um *hospitium*, ou seja, um hospício, termo que durante muito tempo foi utilizado para designar os hospitais psiquiátricos.

O que acontecia, é que até meados do século XVII não existiam locais que tinham como função específica o tratamento dos doentes mentais ou alienados, sendo que os mesmos passavam não só por viver em abandono nas cidades, ou então, os mais perigosos eram enclausurados nas prisões dos reinos. Apenas com o tempo se foi formulando o conceito de hospício e de manicómio que culminou com aquele que hoje se designa de hospital psiquiátrico, local específico para o acolhimento e tratamento das doenças mentais.

O desenvolvimento e criação do hospital psiquiátrico fez-se a par da evolução da medicina no âmbito do tratamento das doenças mentais. Os primeiros foram criados em locais fora das cidades, como uma espécie de isolamento para os alienados, sendo que, com o avançar dos anos, é que se verificou que grande parte das doenças que estes padeciam possuíam tratamento médico e como tal, não havia a necessidade de exclusão social. Neste ponto em muito contribuíram os trabalhos desenvolvidos por Philippe Pinel (1745-1826), considerado o pai da psiquiatria, que no decorrer do século XVII postula e defende a ideia de que era necessário libertar os doentes mentais das correntes e das prisões, devendo os mesmos serem encaminhados para locais com especialistas e profissionais qualificados que lhes permitisse o tratamento e quem sabe a sua reintegração na sociedade.

É partindo desta nota introdutória que se dará início ao desenvolvimento de inúmeras experiências e formas de tratamento nos principais hospitais psiquiátricos que se difundiram por toda a Europa, se construindo sobre eles a conceptualização arquitetónica do hospital psiquiátrico e consequente evolução da doença mental.

Os hospitais psiquiátricos foram sofrendo alterações ao longo do tempo, transformações essas que, antes de se manifestarem arquitetonicamente, estiveram relacionadas com a sua própria denominação. Hoje em dia existe a clara referência aos hospitais psiquiátricos como instituições de saúde, de tratamento de estados mentais enquanto que no passado pareciam estar associados ao conceito de loucura ou mesmo bruxaria. Desde manicómios, hospitais para insanos, asilos, hospícios, *workhouse* e *madhouse*, o fato é que a sua própria conceptualização apresenta-se como uma dificuldade acrescida para aqueles que os pretendem estudar e compreender de que forma foram evoluindo ao longo do tempo.

O termo mais conhecido e mais atribuído aos hospitais psiquiátricos foi o de manicómio. Deriva da palavra grega mania, que significa loucura e de komêin, que significa curar. Devido à sua etiologia se pode dizer que este foi o primeiro termo utilizado, uma vez que além de definir especificamente para que servia o hospital psiquiátrico, também demonstrava quais as suas funções, de entre as quais se ressaltam o atendimento e tratamento de pessoas com transtornos mentais (Shorter, 2001) .

Desta forma se apercebe que o estudo da evolução dos hospitais psiquiátricos não pode ser dissociado daquilo a que eles se propunham a tratar: a doença mental. Os doentes mentais foram encarados de forma diferente ao longo da história, o que se foi refletindo simultaneamente no seu tratamento o que conduziu a que se verificassem alterações profundas nas instituições e edifícios, refletindo-se numa evolução e mudança de conceitos sobre o doente mental, que se apresenta como relevante para o processo de investigação.

Para então melhor compreender este processo evolutivo, se irá realizar um apontamento histórico sobre o conceito de doente mental e conseqüentemente do espaço psiquiátrico, dado que até ao século XIX a Psiquiatria enquanto especialidade da Medicina não era reconhecida como tal.

2.1.1 Antiguidade – loucura divina

Há cerca de quatro mil anos, nas mais antigas civilizações, se encontraram evidências da preocupação com a saúde coletiva e o saneamento das cidades, visto que *“os principais problemas de saúde enfrentados pela humanidade sempre estiveram relacionados com a vida em comunidade”* (Rosen, 1994, p. 31). O principal problema enfrentado, referia-se ao destino a ser dado aos pacientes, já que não havia locais adequados e planejados especialmente para esta finalidade.

A história dos espaços de assistência à saúde remonta à Antiguidade (Miquelin, 1992). As primeiras manifestações aconteceram no Egito, quando alguns templos passaram a ser utilizados na prestação deste tipo de atendimento. Nesses espaços, os pacientes se consultavam com os sacerdotes do Deus Imhotep (Fig.1). Nessa ocasião, nascia então a vinculação entre o atendimento à saúde e as práticas religiosas, aspecto predominante ao longo da história da arquitetura hospitalar.

No livro *“Locura y Sociedad”* (1968), são mencionados os escritos de Heródoto, historiador grego, que revelam a visão da loucura (Fig.2), nesta época, como um fenómeno que poderia assumir dois aspetos diferentes: o primeiro baseado em desequilíbrios fisiológicos do corpo humano, e o segundo se fundamentava em antigas crenças e era incitada por eventos sobrenaturais, possessão por espíritos ou intervenção divina (Rosen, 1968). A distinção de quatro tipos de *“loucura divina”*, Rosen (1968) aponta em Platão, entre as quais se incluía a loucura ritual ou mística, que se associava a crenças religiosas. No mundo greco-romano, o autor acrescenta, que esta associação com aspetos místicos e rituais, fazia várias vezes com que o louco fosse julgado superior aos demais indivíduos da sociedade, como uma pessoa dotada de poderes sobrenaturais como, por exemplo, o dom da profecia (Rosen, 1968).

Nesta época os espaços arquitetónicos onde se prestava assistência à saúde da comunidade eram as latreias, casas ou lojas onde os médicos consultavam e inclusive ofereciam abrigo a seus



Figura 1: Imhotep, deus da cura no Antigo Egito

Fonte: <http://www.dkimages.com/discover/Home/History/Africa/Ancient-Egypt/Gods/Unassigned/Unassigned-04.html>, 2014



Figura 2: A Extração da Pedra da Loucura, Hieronymus Bosch, 1475-1480

Fonte: <http://www.hieronymus-bosch.org>, 2014

pacientes (Miquelin, 1992). As instalações deste género foram posteriormente conservadas, durante o Império Romano, assumindo “o legado da cultura grega” (Rosen, 1994, p.40), até no que diz respeito à medicina. Existiam igualmente os templos designados Asklepieia, consagrados a Asclepios, deus da medicina, que têm algumas parecenças com o Deus Imhotep dos egípcios. Estes templos caracterizavam-se pela sua localização e paisagem privilegiadas, possuindo alguns deles anfiteatros, que seriam utilizados para eventos na comunidade. Se mantinha então, uma ligação entre saúde e religião, nos moldes gregos, estabilizando a predominância de arquitetura hospitalar de característica templária (Rosen, 1994).

Para além da herança das tipologias arquitetônicas das latreias e dos Asklepieia (Fig.3), também foram criados pelos romanos, dois novos tipos de edificação de assistência à saúde: as Termas, reservadas aos banhos medicinais, consideradas as instituições mais significativas da sociedade romana, e as Valetudinarias (Fig.4), enfermarias militares construídas nos campos romanos fortificados (Miquelin, 1992).

O que respeita à assistência médica, “os romanos realizaram pouco na teoria e prática da medicina, mas sua contribuição para a organização dos serviços médicos teve muita importância”, sendo o hospital uma importante contribuição de sua cultura (Rosen, 1994, p. 46).

O declínio do Império Romano no Ocidente levou Roma a uma decadência da cultura urbana e das práticas de saúde pública (Rosen, 1994).

A transferência de Constantino para Bizâncio, em 333 d.C., instala o poderio económico e político, dando origem ao Império Bizantino.

No Império Bizantino, que reuniu grande parte da cultura greco-romana, houve uma grande explanação da tecnologia sanitária, o que permitiu a construção de vários hospitais. Neste período se destaca um tipo de edificação denominada Xenodochium Bizantino (Fig.5), reservado ao abrigo de estrangeiros, com a capacidade de funcionar também como local para preparação de caravanas muçulmanas (Miquelin, 1992, p. 34).

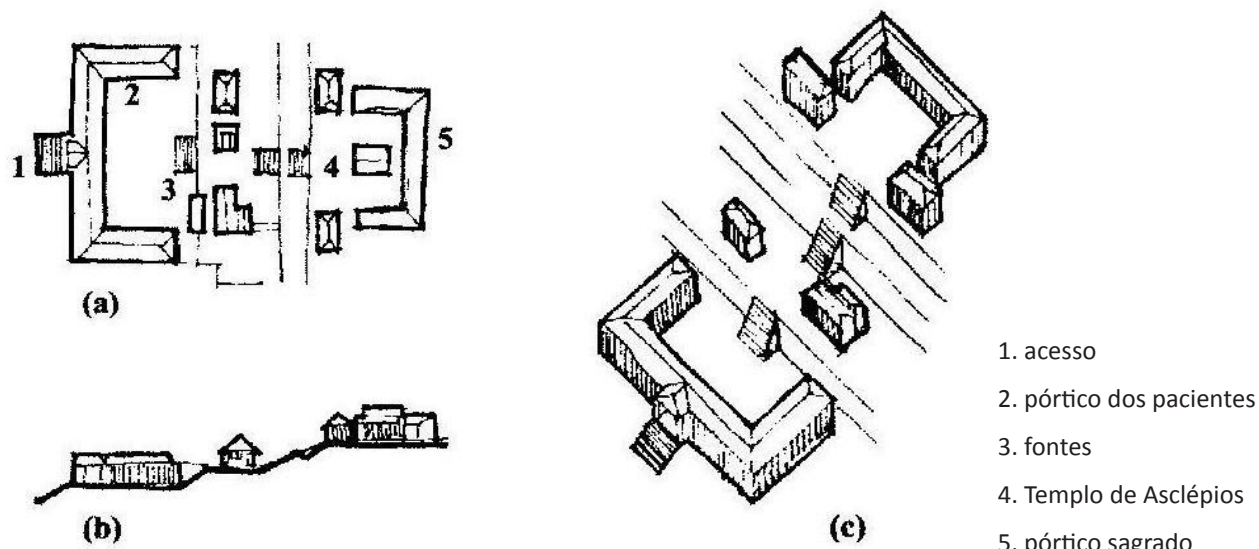


Figura 3: Templo de Asclépios, Grécia, séc. IV a.C. (a) planta; (b) corte; (c) esquisso
Fonte: Miquelin (1992). Anatomia dos Edifícios Hospitalares

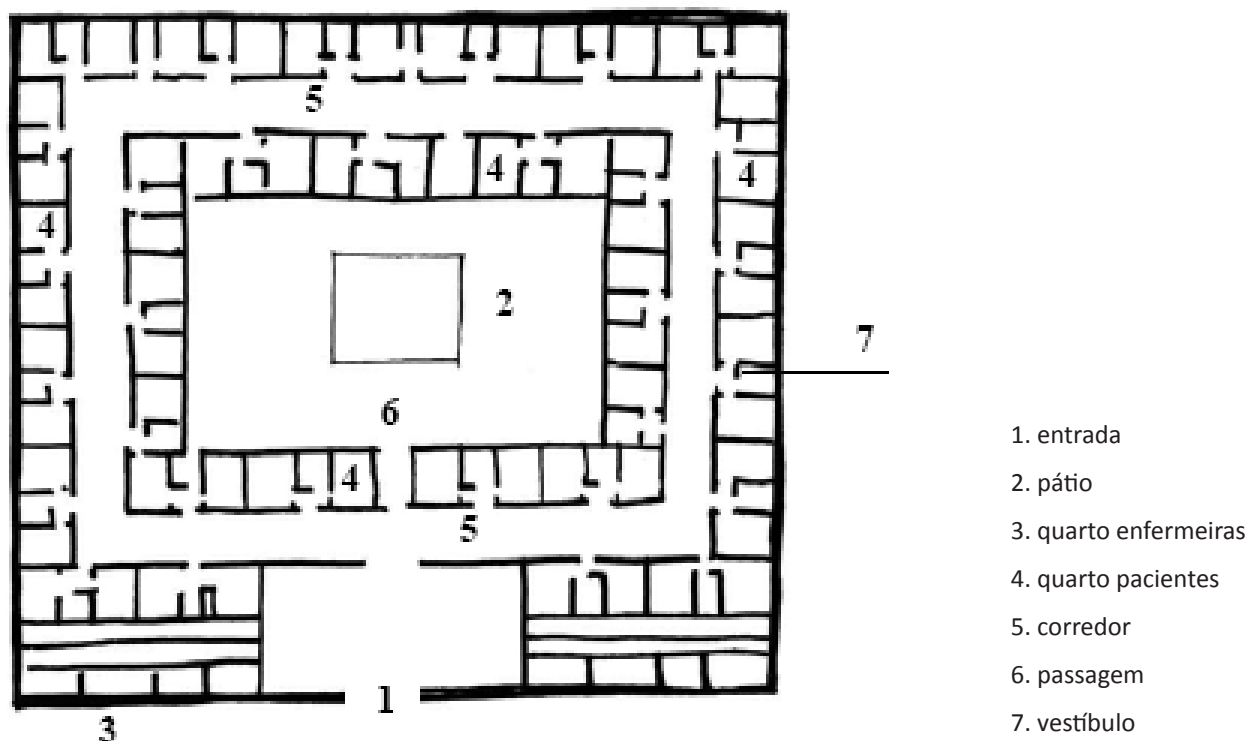
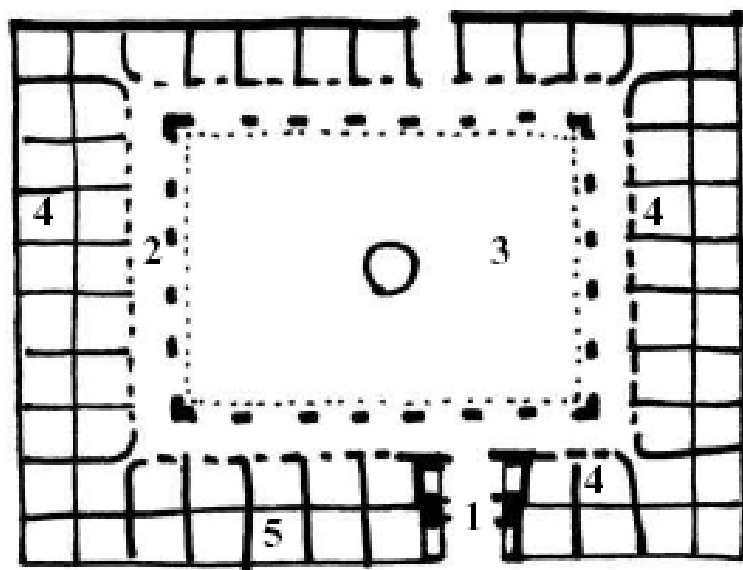


Figura 4: planta de Valetudinarium de Windisch, Suíça, séc. I d.c.
Fonte: Miquelin (1992). Anatomia dos Edifícios Hospitalares

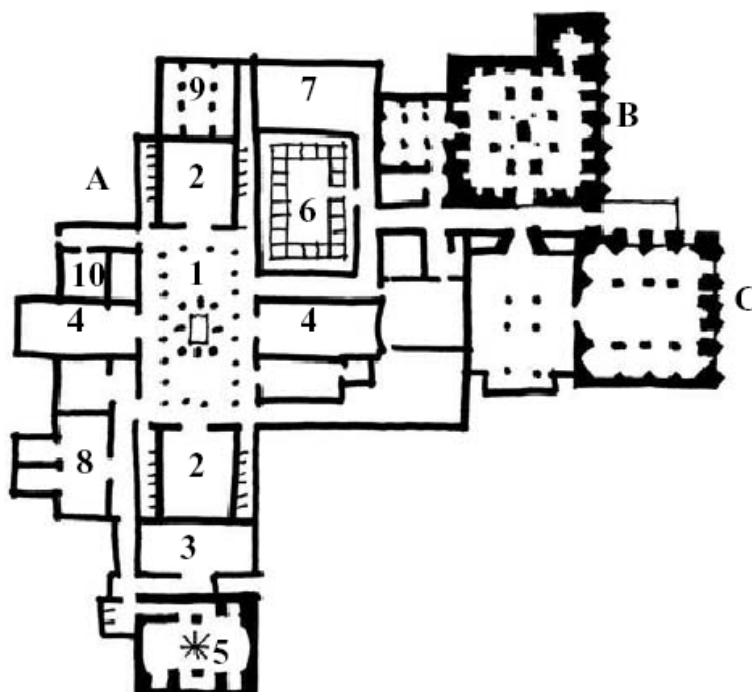
Com a expansão do mundo islâmico, se difundiu também a hospitalidade, um preceito do Corão semelhante aos conceitos do Cristianismo, por sua vez, herança dos povos nômadas (Miquelin,1992). O modelo hospitalar islâmico foi o Bimaristan (Fig.6) que parte de um complexo mesquita- escola-hospital. As construções anteviam a separação dos pacientes segundo as patologias, áreas para atendimento e consultas externas, comparáveis ao atual conceito de ambulatório (Miquelin, 1992).

Contudo, na Europa Ocidental em 476 d.C., devastada pelas invasões bárbaras, se inaugurou um novo período a partir da deposição do último imperador romano: a Idade Média.



- 1. entrada
- 2. pórtico
- 3. pátio central
- 4. quartos
- 5. lojas

Figura 5: planta do XENODOCHIU Bizantino, séc. VI d.c.
 Fonte: Miquelin (1992). Anatomia dos Edifícios Hospitalares



- A. Hospital
- 1. pátio
- 2. pacientes deitados - homens
- 3. pacientes deitados - mulheres
- 4. convalescentes homens
- 5. convalescentes mulheres
- 6. doentes mentais homens
- 7. doentes mentais mulheres
- 8. cozinha
- 9. enfermarias
- 10. preparação dos mortos
- B. Tumba
- C. Mesquita

Figura 6: planta do Bimaristan de Qalawun, Cairo, séc. XIII
 Fonte: Miquelin (1992). Anatomia dos Edifícios Hospitalares

2.1.2 A Idade Média

No livro *a História da Loucura na Idade Clássica* menciona que os primeiros hospícios tiveram a sua origem na cultura árabe, relatando aqui que o primeiro destas instituições aparece datada do século VII (Foucault, 1972). Mas somente a partir do séc. VIII, associado a um aumento de viajantes e peregrinos, é que se foram criando, ao longo das principais vias comerciais e religiosas, instituições denominadas de *Hospitalia*, tornando-se obrigatório, em 816, a construção de um hospital junto a cada catedral, as denominadas Casas de Deus.

Como exemplos deste período, apresenta-se o Hotel Dieu em Paris no ano de 615 (Fig.7) e a Abadia de St. Gallen na Suíça (Fig.8) fundada no séc. VII (Miquelin, 1992). Ambos foram construídos com a ideia de acomodar peregrinos, viajantes e até mesmo alguns alienados, transformando-se aos poucos em hospitais e asilos e apresentavam-se como unidades autosuficientes.

Na idade média, a demência ou doença mental era apresentada como um comportamento não humano, algo dominado pela natureza e interpretado à luz da moral e da religião como um castigo divino. Assim sendo, associando a religião à doença mental, não é de estranhar que alguns mosteiros se tenham assumido como importantes no processo de cura, aqui entendido como proteção.

Apesar desta marginalização a que estavam sujeitos, mesmo na Idade Média se encontram dados sobre instituições destinadas a alojar os dementes sem lar, mas a intenção pouco diferia da das prisões: havia que “afastar” estas pessoas da rua e “proteger” a comunidade, o que só seria possível se escondessem o problema, que deveria ser tratado com cuidado. Apesar de serem similares às prisões, os objetivos já passavam pelo tratamento, mas mesmo assim não existiam os meios necessários para tal. O problema se notava mais nas grandes cidades, em que se encontravam “...Instituições para alojar, (...) os doentes, criminosos e vagabundos (...) em prisões e asilos (...) puras funções de guarda (...) não possuía o conceito de terapia dos doentes...”

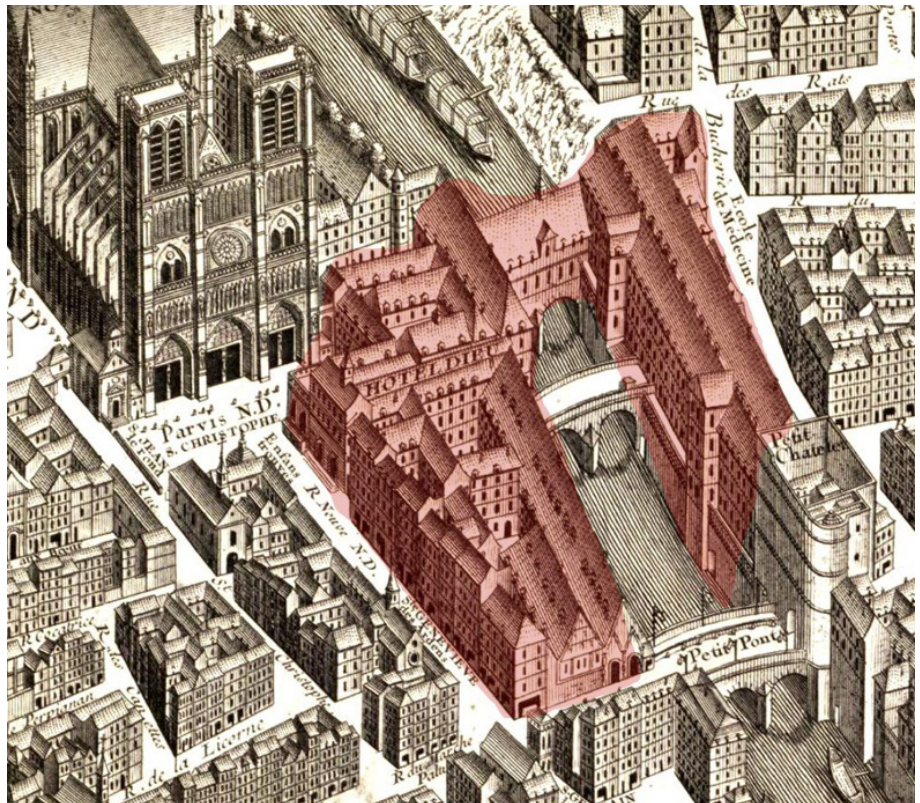


Figura 7: Plano do Hotel Dieu em Paris, 1739

Fonte: http://parisinimages.files.wordpress.com/2013/10/plan_de_turgot_1739_2.jpg

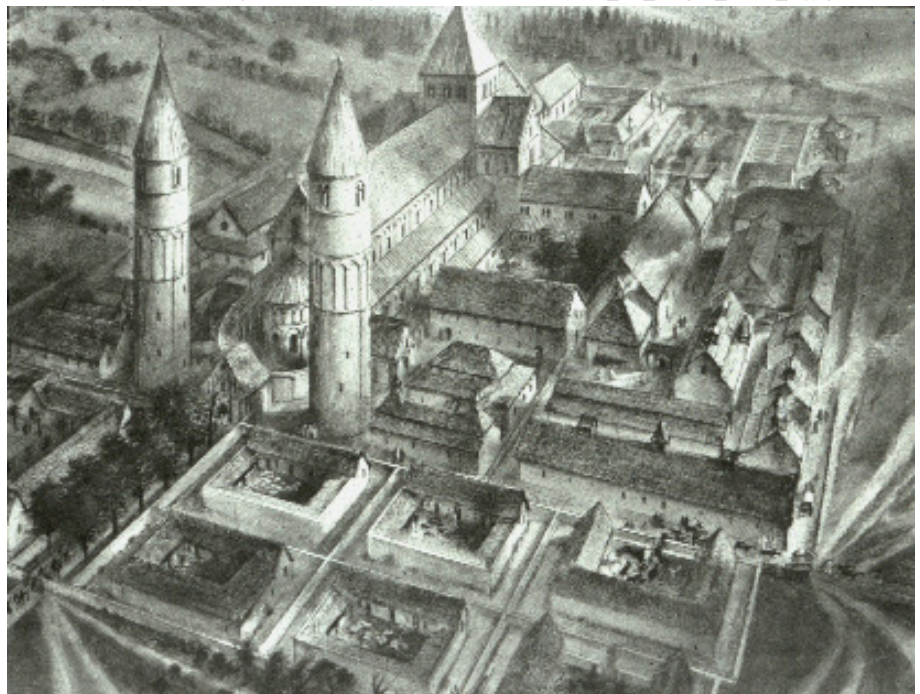


Figura 8: Plano para a Abadia de St. Gallen na Suíça, ano 820

Fonte: <http://arts.muohio.edu/faculty/benson/StGallPlan/>

(Shorter, 2001, p. 18).

Porém, eram frequentes as expulsões dos loucos de cidade em cidade, como retratado na pintura de Hieronymous Bosh, *A Nau dos Loucos (1490-1500)* (Fig.9).

Há que destacar nesta época a influência que a lepra teve na crescente necessidade de construção de hospitais e na aplicação em larga escala do conceito de exclusão e isolamento, assim como na criação do primeiro espaço de assistência médica criada para um efeito específico (Miquelin, 1992).

No final do período medieval houve um grande progresso a nível tecnológico que favoreceu o aparecimento de uma civilização moderna, com uma base mercantilista e científica (Rosen, 1994).

2.1.3 Renascimento

O Renascimento implicou uma mudança de paradigma acerca da doença mental, uma vez que é aqui que se assiste ao desenvolvimento não apenas da saúde mas do próprio pensamento humano (Rosen, 1994).

A principal diferença do hospital renascentista foi o aumento da complexidade das construções onde diferentes atividades são combinadas: ritos religiosos, assistência, cuidados, comércio e trabalho artístico.

O Ospedale Maggiore em Milão (Fig.10), de 1456, com seus "*pátios distribuidores, galerias e corredores, pórticos, alojamentos lineares organizados num plano cruciforme e simetria do conjunto com o eixo principal de entrada passando sobre a capela*" (Miquelin, 1992, p.41) é um dos exemplos mais importantes do período.

Desenhado por Filarete e encomendado por Francesco Sforza, este sanatório foi criado com o intuito de ser uma instituição privada.

Na segunda metade do século XVII, surgem em França sobre o reinado de Luís XIV, dois



Figura 9: A Nau dos Loucos, Hieronymus Bosch, 1490-1500

Fonte: <http://www.hieronymus-bosch.org>, 2014

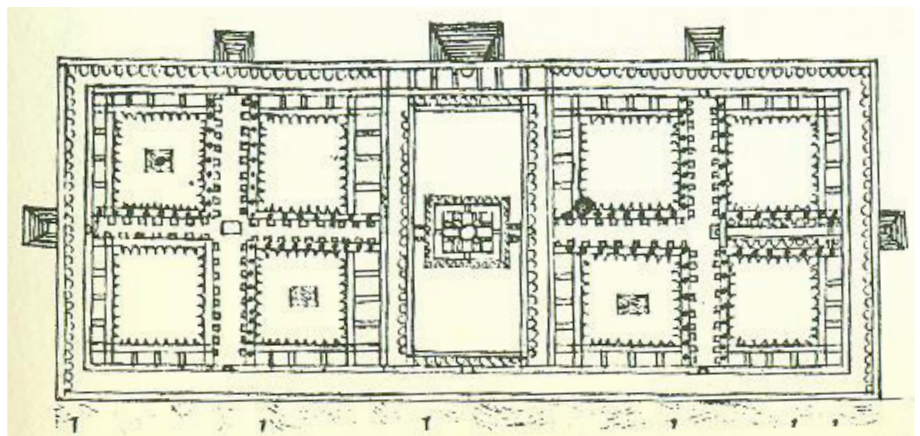


Figura 10: Planta original do Ospedale Maggiore em Milão, arq. Antonio Filarete, 1456

Fonte: <http://healtharchitecture.wikifoundry.com/photos>, 2014

hospícios em Paris: o Bicêtre (1656) (Fig.11) para os homens e Salpêtrière (1792) (Fig.12) para as mulheres, ambos faziam parte do projeto global dos Hôpitaux Généraux, que em poucas palavras pode ser definida como uma rede pública de hospícios. Mais uma vez, se tratavam de locais de guarda dirigidos a doentes mentais, mendigos, idosos, portadores de doenças, criminosos e sem abrigo, sem qualquer intenção terapêutica, o que faz com que estes continuassem a ser percebidos de forma negativa, dado que a ociosidade era tida como algo menos positiva e como tal deveria ser tratada através de castigos. Esquirol, referiu nos seus textos o que encontrou nesses hospícios: *“Vi-os nus, cobertos de trapos, tendo apenas um pouco de palha para abrigarem-se da fria humidade do chão (...) mal alimentados, sem ar para respirar, sem água para matar a sede (...) entregues a verdadeiros carcereiros, abandonados a sua brutal vigilância...”* (citado por Foucault, 1972, p. 56).

Juntamente com estes hospitais, se encontra um dos mais antigos da Europa, o Bethlem, situado em Londres. Este hospital foi construído no século XIII sobre o Priorado de Santa Maria de Belém e em meados do século XV começou a admitir nas suas instalações doentes mentais. No século XVI a sua direção passa a estar sobre a alçada deste município e até meados do século XIX se manteve como manicómio. Os dados recolhidos sobre este primeiro hospital psiquiátrico remete para que as condições nas quais os doentes se encontravam eram bastante más, sendo que os cuidados a eles prestados bastante restritivos (Miquelin, 1992).

Tendo a razão e a ciência como características do pensamento renascentista, provocou o início da dissociação da loucura aos aspetos sobrenaturais religiosos. A loucura passara desta forma a ser controlada (Foucault, 1972).



Figura 11: Vista aérea do Hospital de Bicêtre em Paris, 1771

Fonte: <http://gw.geneanet.org> , 2014



Figura 12: Imagem exterior do Hospital de Salpêtrière em Paris, 1900

Fonte: Serviços do Arquivo de Assistência Pública do Hospital de Paris

2.1.4 Iluminismo

O Iluminismo foi um período de intensas transformações em todas as áreas do conhecimento, um movimento que englobou política, cultura, filosofia, economia e sociedade. O foco do pensamento humano se deslocou de Deus, voltando-se para o próprio homem e para o mundo à sua volta, propiciando o desenvolvimento de um olhar menos místico e religioso e cada vez mais científico e racional (Silva, 2001, p.4).

A inteligência e a utilidade da razão começam a ser vistas como elementos propulsores do progresso da humanidade.

O período se caracterizou pela grande preocupação em transmitir à sociedade o conhecimento científico e seus resultados, evidente em iniciativas dos principais pensadores iluministas como a de Diderot, d'Alembert, Voltaire e Rousseau na elaboração de sua *Encyclopédie* (Rosen, 1994, p. 110). Entre os diversos temas desenvolvidos na *Enciclopédia*, estavam os relacionados à duração da vida humana, novos conceitos para o planejamento de hospitais, a problemática dos indivíduos “enfeitados”, a relação entre mortalidade e crescimento populacional, além de inovadoras propostas para sistemas de atendimento à saúde, uma obra composta por trinta e cinco volumes, na qual estava resumido todo o conhecimento existente até então.

William Tuke cria em 1792 o retiro de York (Fig.13), que se tornou o primeiro estabelecimento no Reino Unido que tratava os seus pacientes como seres humanos, oferecendo um ambiente terapêutico em que a principal forma de tratamento foi o lazer e o trabalho, interrompendo-se as terapêuticas mecanicistas. As preocupações na articulação do espaço arquitetônico com o propósito da assistência aos doentes mentais foi notória, do qual é testemunho o relato do cirurgião J. R. Tenon em 1785 “(...) *à necessidade do doente sair dos seus aposentos, passear-se ao ar livre e fazer exercício.*” (Rosen, 1994, p.119).

Foucault, em “Vigiar e Punir”(1975), destaca, também na época do Iluminismo, a instituição da disciplina e da vigilância, como métodos de controle da sociedade, bem como proteção desta mesma sociedade, através da exclusão e isolamento daqueles indivíduos considerados “desviantes” dos padrões vigentes de racionalidade e moralidade. Esses processos disciplinares foram aplicados em diversos tipos de instituições: escolares, religiosas, hospitalares e foram responsáveis pela reestruturação das organizações militares. Era importante *“situá-lo num ambiente agradável, no meio de lagos e regatos, colinas e campos, com pequenas villas agrupadas perto do edifício da administração”* (Shorter, 2001, p. 31). O mesmo autor refere *“Assiste-se então a uma nova prioridade nos hospícios da época, do qual foi exemplo de Sonnenstein que postulava a cura da doença e em simultâneo o conceito de hospício/ manicômio terapêutico”* (Shorter,2001, p. 49) (Fig.14) .

Salienta mesmo *“A localização agradável, a confiança e espírito progressista [douceur] da administração, o zelo dos médicos e a ampla gama de cuidados, a geral atmosfera do lugar (...).”* (Shorter,2001, p. 52).

O período é marcado também pela Revolução Industrial e pelo grande aumento das populações urbanas, provocando o avolumar das cidades e o incremento do desenvolvimento das ações de saúde pública.

2.1.5 Revolução Francesa

Importante para este processo de desenvolvimento e evolução dos hospitais psiquiátricos foi a Revolução Francesa (1789-1799). Foi nesta época e com o médico psiquiátrico Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, que surge no século XVIII a verdadeira definição da doença mental e cuja filosofia proliferou na Europa. A ele se deve o mérito de libertar os doentes mentais das correntes (Fig.15), convertendo os asilos em manicômios destinados estes equipamentos em exclusividade a estes pacientes (Ribeiro, 1999).

Na então ainda colónia inglesa dos Estados Unidos, as pessoas com demência eram tratadas pelos seus familiares ou então existiam celas específicas nas quais restringiam a liberdade destes. A primeira instituição que criou um departamento específico para os doentes mentais foi o asilo de Boston, em 1729, que cria uma enfermaria psiquiátrica *“separando os insanos dos outros internados (...) O primeiro hospital psiquiátrico propriamente dito foi fundado em Williamsburg, Virgínia, em 1773”* (Shorter & Edward, 2001, p. 21).

Em 1774, surge a lei dos asilos. Antes o tratamento dos dementes era realizado por profissionais não licenciados, que tratavam os manicómios como uma empresa comercial na qual davam pouca atenção aos doentes. Após a aprovação desta lei, o local onde os insanos eram tratados passaram a ser licenciados e com inspeções anuais em todas as instalações.

Surgem então novas abordagens e novas perspectivas sobre a forma de encarar e tratar a questão do doente mental, assim como uma melhoria do espaço que os acolhe, traduzindo-se em alterações arquitetónicas. O objetivo deixa de ser preservar a segurança dos próprios doentes e dos outros, passando a valorizar-se as capacidades da razão para minimizar os efeitos das perturbações mentais (Rosen, 1994).

Sendo cenário de uma reforma política, económica e administrativa nas relações sociais, a Revolução Francesa possibilitou que a loucura deixasse de ser objeto do poder jurídico, passando este encargo para a medicina.

2.1.6 Final do séc. XVIII – tratamento moral

O cirurgião Jacques-René Tenon proclama em sua circular de 1785 que

“ao contrário dos edifícios hospitalares que são para o outro doente apenas meios auxiliares, os hospitais para os tolos têm-se uma função de cura [...]. O tolo não deve ser mal-humorado durante seu tratamento e durante os momentos monitorados ele deve ser capaz de deixar o seu espaço, navegar na galeria, ir em um passeio e fazer um exercício que se dissipa e que a natureza lhe ordena” (Postel, 1994, p. 123).

Este tipo de reflexões marcam o surgimento do asilo, um lugar dedicado a tratar os doentes mentais, e é neste período, pela primeira vez, que um «valor terapêutico» é atribuído à arquitetura.

Pode-se dizer que foi paralelamente à evolução do conceito e conceptualização da doença mental e do seu tratamento, que também se foi desenvolvendo o próprio projeto da organização de espaços dos hospitais psiquiátricos, da forma como estes deveriam ser e estar organizados para facultar um melhor tratamento aos doentes mentais, tornando-os alvo de um processo de cura e não de marginalização.

A partir do século XVIII, em muito devido aos avanços da medicina, a doença mental deixa de ser considerada possessão ou castigo, passando a ser reconhecida como algo patológico, se formando aqui o conceito de hospital terapêutico, que se traduziu em mudanças a nível de questões associadas à ordem funcional e espacial destes espaços, estimulando o desenvolvimento dos primeiros projetos que se concentrassem exclusivamente no modo como as instituições hospitalares deveriam ser elaboradas, se reutilizando os espaços externos nos edifícios de saúde (Foucault, 1972).

Neste sentido, a partir deste século, a estrutura hospitalar passou a ser caracterizada por novos layouts racionalistas que vão para além daqueles que se produziram tornando-se nos primeiros hospitais psiquiátricos (Rosen, 1968).

O atendimento hospitalar era precário, o que também se aplicava às construções propriamente ditas. Os hospitais se resumiam, de certa forma, às enfermarias, farmácias e hortas medicinais, sempre anexas a abadias e mosteiros cristãos. Estas instituições eram restritas no que concerne ao atendimento de pessoas, ou seja, primariamente estariam para os nobres, só em segunda instância é que os mais pobres teriam acesso a esses mesmos cuidados (Miquelin, 1992).

O final do século XVIII e o início do XIX presenciou as grandes mudanças que ocorreram no tratamento dos pacientes psiquiátricos e no projeto dos hospitais psiquiátricos. Novos edifícios eram cercados por vegetação para impedir que curiosos vissem os pacientes; as paisagens eram criadas para proporcionar experiência terapêuticas; cuidados com o solo, jardinagem e cultivo de plantas se tornaram componentes intrínsecos ao regime de tratamento (Miquelin, 1992).

2.1.7 Século XIX – construção do asilo

A criação de asilos é baseado em dois pressupostos: isolamento, que estabelece como um procedimento terapêutico a remoção do paciente a partir de seu ambiente e o tratamento moral, o que dá ao alienista o poder de exercer sua influência sobre a mente perturbada (Miquelin, 1992).

Jean-Etienne-Dominique Esquirol, discípulo de Pinel, ressalta a continuidade dos seus trabalhos tornado o asilo numa comunidade terapêutica onde os pacientes poderiam conviver com os terapeutas, considerando que os doentes precisavam de se distanciar do mundo exterior para assim se distanciarem dos estímulos que lhes provocaram os seus distúrbios. Assim, os edifícios deveriam ser construídos fora dos centros urbanos para que pudessem beneficiar da pureza da natureza, que se acreditava possuir uma influência curativa e positiva, ao mesmo tempo que eram removidos os pacientes não desejados da cidade (Shorter, 2001).

No relatório criado em 1818, a partir das visitas a inúmeros asilos de França, Esquirol

inclui instruções precisas sobre como um asilo deve ser configurado, acompanhando-o com um plano modelo (Fig.16). O arquiteto Hyppolyte Lebas elabora, com suas indicações, o modelo de edifício com duas partes simétricas: o da direita para os homens e o da esquerda para as mulheres, separadas pelo edifício da administração. No que concerne aos pisos, considerou que o primeiro, segundo ou terceiro piso deveriam ter janelas com grades em todos os aposentos para evitar fugas ou suicídios, bem como possuírem escadarias barricadas. Referia ainda que era importante *“edifícios térreos com galerias abertas, facilitavam a saída dos pacientes para o exterior quando bem entendessem e por isso um menor confinamento ao interior”* (Esquirol, 1838, p.20).

Esta composição permite não só a separação dos sexos em duas partes distintas, mas também para que os pacientes pudessem divididos de acordo com o seu estatuto social e grau de agitação. Cada divisão tem seu próprio jardim, que permite aos pacientes entrar ar fresco e se movimentar, sem perturbar os pacientes com outros graus de agitação.

Os diferentes serviços também são organizados hierarquicamente. A administração está localizado no extremo sul, enquanto a capela, a cozinha, a lavanderia, sala da caldeira e do necrotério estão situados em direção ao norte (Esquirol, 1938).

Durante todo o século XIX, estes hospitais se caracterizavam por grandes pavilhões paralelos, com grande simetria entre si e ordenados de forma regular, com pouco espaço para os doentes em si mesmos, sem separação de enfermarias, o que se traduzia num aumento das doenças infecto contagiosas, como foi o caso do flagelo da lepra, ao mesmo tempo que as condições sanitárias também se apresentavam como deficitárias (Rosen, 1968).



Figura 15: Libertação dos alienados no Hospital de Salpêtrière em Paris, por Philippe Pinel em 1795

Fonte: Tony Robert-Fleury, 1876 retirado de <http://medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/pinelp.html>

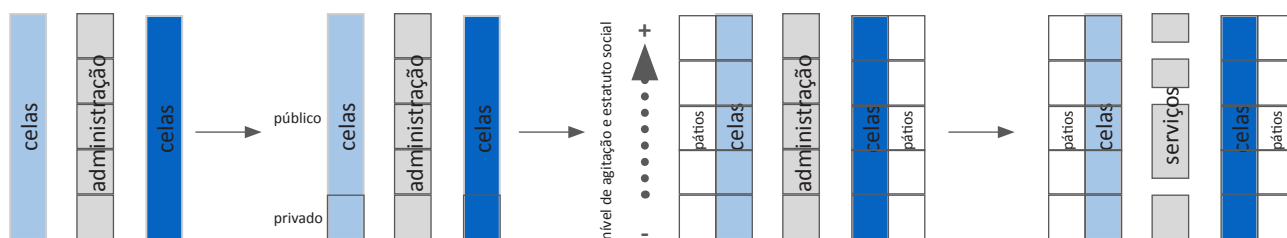


Figura 16: Esquemas da evolução do modelo de hospital psiquiátrico defendido por Esquirol

Fonte: Desenho do autor baseado nos textos de Esquirol, Etienne, (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*,

2.1.8 Início do Século XX – declínio do asilo

Até o início dos anos de 1900, o popular asilo perdeu o seu prestígio. O diretor é o gerente de um grande estabelecimento, em vez de um pesquisador médico, tornando-se os pacientes pouco capazes de deixar os asilos e como resultado, os edifícios ficaram superlotados.

A grande diferença entre os asilos, com sua falta de inovação e pesquisadores, vai levar ao surgimento e desprendimento de psiquiatria do alienismo. A ideia de cuidar de doentes mentais fora de grandes instituições e assim evitar uma longa separação de seu ambiente, se tornou popular na década de 1920. Contudo “os manicómios mudaram o nome, mas a realidade é a mesma” (Postel, 1994, 351).

2.1.9 O contexto dos espaços para alienados em Portugal

Portugal, no início do século XIX, em comparação com alguns países da Europa se encontrava profundamente atrasado no que diz respeito ao enquadramento legal e terapêutico dos seus alienados. Estes tinham como destino a inclusão em cadeias ou, na melhor das situações, em hospitais de caráter geral (Sena, 2003).

O médico psiquiatra português, António Maria de Sena, em 1884 escreveu, o livro “Os Alienados em Portugal 1: história e estatística”, uma obra mencionada na maioria dos estudos disponíveis relativos à história da psiquiatria em Portugal, colocando a obra e o seu autor como indissociáveis do processo de institucionalização da psiquiatria moderna no país. Considerado por o seu valor científico e moral na sua época e por muito designado como primeiro grande psiquiatra português.

Em 1848 foi iniciado o processo de institucionalização da psiquiatria moderna em Portugal com a abertura do primeiro hospital de alienados, Hospital Rilhafoles em Lisboa. António Maria de Sena viria a ser um dos seus maiores impulsionadores, a sua intensa e decidida atividade nesta área culminaria, em 1883, com a inauguração da primeira construção de raiz feita para a

Psiquiatria em Portugal, o Hospital dos Alienados do Conde de Ferreira, situado no Porto, do qual António Maria de Sena foi fundador e primeiro diretor clínico (Sena, 2003).

Até 1883, a população demente da região norte era encaminhada para o apelidado porão do Hospital de Santo António, onde era vítima de desleixo e incompetência generalizadas. Este panorama, conjuntamente com o fato de o único hospital português exclusivamente destinado ao tratamento de alienados, o Hospital de Rilhafoles, ser, no final do século XIX, mais um depósito do que um espaço de tratamento, aumentava a necessidade de construção de um hospital na cidade do Porto, que implementasse a modernidade terapêutica psiquiátrica e que permitisse um aumento do número de camas. O modelo de organização hospitalar que desenvolveu era bastante arrojado para a época, rompendo claramente com as práticas até aqui institucionalizadas, a favor daqueles que considerava os mais desprotegidos dos cidadãos, negligenciados pela administração pública e esquecidos pela sociedade e pelas famílias (Sena, 2003).

A alienação é encarada por Sena, sob a dicotomia hereditária e adquirida:

“...os descendentes de famílias degeneradas vão degenerando sucessivamente (...) A loucura, como de resto todas as outras doenças, resulta d’uma relação entre o indivíduo e as condições que o cercam.” (2003, p. 7).

Segundo o relatório dos atos da mesa da Sta. Casa da Misericórdia (1886-87), depois da inauguração do Hospital portuense, se tornava cada vez mais impreterível a aprovação do projeto de lei de beneficência pública dos alienados, que antevia ampliar o plano de apoio aos doentes mentais, por meio da edificação de hospitais especificamente destinados ao seu acolhimento.

O isolamento do alienado, a vigilância do enfermo e a separação de acordo com o sexo, a classe social e a tipologia ou fase da doença mental, práticas estruturantes do funcionamento do Hospital desde a sua abertura e à imagem dos europeus, projetavam o Hospital psiquiátrico para os altos padrões científicos da época. Associadas à política higienista existem outras

caraterísticas: o ambiente agradável e acolhedor proporcionado pelo Hospital aos seus doentes, designadamente pelos seus variados espaços de lazer e extensas áreas ajardinadas, preocupação em criar um espaço iluminado, onde prevalecia a ventilação, a abundância de água e os preceitos higiénicos. Estes são os principais fatores que evidenciavam uma nova mentalidade no século XX, apesar de nem sempre ter sido possível respeitar aos preceitos contemporâneos.

2.2 OS ESPAÇOS PARA ALIENADOS COMO ESPAÇOS DE EXCLUSÃO SOCIAL

A loucura, tornada (por Pinel) alienação mental, nasce neste duplo campo de saberes, ou neste campo articulado entre os saberes médico e filosófico (Amarante, 2001, p. 364).

Decorrente de uma apressada evolução das ciências médicas, em comparação ao processo de transformação hospitalar, a evolução dos espaços de assistência à saúde mental aconteceram de forma mais lenta e discreta. Se observa que estes quase não se modificaram ao longo de sua história e até os dias de hoje encontramos espaços conceptualmente parecidos aos existentes no século XIX.

Como já referido anteriormente, o primeiro marco das modificações dos conceitos e formas de tratamento da loucura foi o século XVIII. Nesta época deu-se o nascimento da Psiquiatria, ou Medicina Mental, como era conhecida inicialmente, acompanhando a emergência do fenómeno da medicalização. De acordo com Amarante (1995), a loucura, que era associada à de razão, passa a ser considerada doença mental, fundamentando a necessidade do desenvolvimento de um saber que desse conta do seu tratamento.

“Neste período acontece algo de extremamente novo, que se pode expressar numa só frase: a loucura é apropriada conceitualmente pelo discurso médico, tornando-se, a partir de agora, única e exclusivamente, doença mental” (Amarante, 1995, p. 39).

A construção de várias instituições asilares, datadas do século XIX, destinadas especificamente ao confinamento dos doentes mentais, analogamente e paralelamente ao aparecimento das primeiras instituições penais, escolares e militares, apoiadas nos conceitos de rigidez disciplinar, eterna vigilância e punição. As instituições que normalmente mantinham acorrentado os seus pacientes, visavam *“a proteção da ordem social contra a desordem dos loucos, e as necessidades da terapêutica, que pediam o isolamento dos doentes”* (Foucault, 1987, p. 126).

No final do século XVIII surgiram na França e em Inglaterra, apesar de em menor escala, as primeiras iniciativas. Os mais considerados nomes desta época, no que se refere à recém

constituída Medicina Mental foram G. F. Jaegerschmid e Vincenzo Chiarugi, que proponham uma maior liberdade para os pacientes, e mais tarde, William Tuke, e de Philippe Pinel. Tuke acreditava na eficácia de um ambiente familiar, exercícios e atividades, em detrimento da violência e do enclausuramento (Rosen, 1994).

Influenciado pelas experiências bem sucedidas de Tuke, Pinel fomentou nas instituições em que atuou, um processo de humanização do tratamento, por ele designado “tratamento moral”. Nesta época, foram criados vários hospícios, onde eram aplicadas as ideias de Pinel, então publicadas no *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale* (1801) que passaram por introduzir formas mais humanas de tratamento nos novos modelos de hospícios e melhoria dos padrões profissionais, possibilitando um desenvolvimento dos estudos científicos sobre os distúrbios mentais (Amarante, 1995).

Após a Segunda Guerra Mundial, a Reforma Psiquiátrica contemporânea, foi um movimento que ganhou força nos países ocidentais. O combate ao modelo manicomial, se afirmava no pós-guerra, passando então a ser comparado aos campos nazistas de concentração (Amarante, 1995).

A favor de uma política de promoção da saúde mental, a Reforma representa uma revolução nos paradigmas do saber psiquiátrico, que abandona uma postura de tratamento da loucura ou doença mental como fenômeno solitário intercedendo, se necessário, para o cumprimento deste objetivo, em todos os aspectos da vida do indivíduo portador de sofrimento mental (Amarante, 1995).

O movimento pode ser dividido inicialmente em dois períodos: o primeiro, *“marcado por um processo de crítica à estrutura asilar, responsável pelos altos índices de cronificação”* (Amarante, 1995, p. 23) e representado pelas comunidades terapêuticas e pela psicoterapia institucional, visando o primeiro desenvolvimento de uma interação dos pacientes entre si e com as equipes; o segundo, *“marcado pela extensão da psiquiatria ao espaço público, organizando-o com o objetivo de prevenir e promover a saúde mental”* (Amarante, 1995, p. 23) onde se destacaram a psiquiatria de setor (setor territorial definido na região de abrangência do hospital) e a psiquiatria preventiva, que deslocavam para fora dos limites do hospital, na comunidade, etapas do tratamento, como a prevenção e a “pós-cura”.

Apesar disso, é num terceiro período, segundo o autor, a partir da antipsiquiatria, que surgiu na década de 60 (que possuía como proposta a desconstrução do saber médico sobre a loucura), as propostas do psiquiatra italiano Franco Basaglia e da psiquiatria democrática italiana, movimento político constituído em 1973, que se opera a decisiva ruptura, que coloca em questão os conceitos e posturas da psiquiatria tradicional frente à doença mental (Amarante, 1995).

Afirma-se o conceito de desinstitucionalização, não como mera desospitalização, muito menos como desassistência mas como *“(...) desconstrução e, ao mesmo tempo, um processo de invenção de novas realidades”* (Amarante, 1996, p. 32).

Na lei portuguesa de 1911 o direito à assistência pública é consagrado no artigo 3º, alínea 29, porém as concepções que foram tomadas não tiveram função,

“o Estado Novo herda assim um sistema de assistência social incipiente, onde a intervenção pública se ocupava prioritariamente da coordenação das instituições privadas de ajuda e beneficência, onde o ataque à mendicidade prevalecia sobre a eliminação das suas causas, onde a concepção dominante das ações era de ação caritativa” (Rodrigues, 1996, p. 71).

Por seu lado a Constituição de 1933 não incluía o direito à assistência pública, ainda que se afirmasse que competia ao Estado coordenar, impulsionar e dirigir todas as atividades sociais, zelar pela melhoria das condições das classes mais desfavorecidas, procurando assegurar-lhes um nível de vida compatível com a dignidade humana e promover e favorecer as instituições de solidariedade, previdência, cooperação e mutualidade (Pimentel, 2000).

Mas a discussão aprofundada sobre a assistência social teve início em Maio de 1934, no I Congresso da União Nacional, onde ficou definido o papel supletivo do Estado relativamente às iniciativas particulares (Pimentel, 2000).

Em 1941 foram adicionadas alterações no Decreto de Lei nº 31 666 que visavam alterações nas funções de assistenciais e em 1944 é apresentado a Assembleia Nacional a proposta de lei que visa o Estatuto da Assistência Social *“as atividades de assistência tinham como destinatário preferencial as famílias e não os indivíduos enquanto tal”* (Rodrigues, 1996, p. 71). A família era vista como a base de toda a ordem social e política e a assistência devia favorecer a sua construção e existência e complementar as suas deficiências económicas para que pudesse realizar a sua função de criar, sustentar, educar, preparar para a vida, preservar e defender os

seus elementos.

Quando na maioria dos países da Europa, o Estado assumia a responsabilidade pelos cuidados de saúde, em Portugal o Estatuto da Assistência Social marcava a continuação da responsabilidade da iniciativa particular e da intervenção do Estado a título supletivo. A mortalidade infantil, as doenças infectocontagiosas, as faltas de assistência médica, etc. atingiram cifras comparáveis às observadas noutros países da Europa no fim do século XIX (Sampaio, 1981).

A Lei 2006 de Abril de 1945 será considerada a primeira grande reforma da assistência psiquiátrica. Pela primeira vez pensa-se na criação dos centros de assistência psiquiátrica, dispensários de higiene mental e asilos, que terão uma abordagem preventiva e higienista, Portugal passa a ser dividido em três zonas cruciais para a criação dos novos Centros de Assistência que serão construídos entre 1945 e 1947, Zona Norte, Centro e Sul, em Novembro de 1947 foi publicado um novo decreto de lei (Decreto de Lei nº 35 108), que em relação a psiquiatria menciona quais as competências dos Centros de Assistência Psiquiátrica em Portugal, com base no decreto de lei nº35 108 seria criado o Instituto de Assistência Psiquiátrica em 1958, *“reforçando-se o carácter intervencionista do Estado ao mesmo tempo que se formaliza a rede de apoio primária, hospitalar e de estabelecimentos de recolhimento a nível nacional para os doentes mentais”* (Luis Graça, 2000, p. 176). Num extenso artigo, considerava que a Lei nº2006 de 11 de Abril de 1945 tinha aberto largas perspectivas para a assistência psiquiátrica. Fundada na experiência prática do Hospital Júlio de Matos, relativamente ao Dispensário de Higiene Mental, Serviço Social, regime aberto de internamento e à terapêutica ocupacional, esta Lei visava não apenas o aumento de leitos mas também uma nova orientação para a assistência aos doentes mentais, abrangendo a ação profiláctica, terapêutica e pedagógica (Fernandes, 1986). A abertura de novos serviços foi um estímulo para o desenvolvimento da especialidade, elevando o número de médicos especialistas, dando-lhes condições de trabalho e favorecendo o progresso da enfermagem especializada (Fernandes, 1986).

Apesar das elevadas perspectivas,deparava-se com grandes limitações, designadamente, recursos humanos e financeiros. Sem deixar de reconhecer os seus aspetos positivos e as concepções da moderna psiquiatria que a fundamentava, vários psiquiatras não deixavam de, no decorrer da sua vigência, fazer notar a lentidão com que era aplicada, especialmente no que respeitava à construção dos estabelecimentos ali previstos, e, a partir de determinada altura a necessidade da sua alteração.

Após esta contextualização histórica inicia-se o percurso pelos que se consideram ser os principais modelos dos hospitais psiquiátricos criados entre os séculos XVIII e XIX, entrando nos meandros da sua organização, conceptualização e criação, analisando e comparando-os entre si em diversos aspetos arquitetónicos de forma a perceber-se a sua importância na evolução da integração do doente psiquiátrico.

Estes hospitais serão nomeadamente: Hospital de Salpêtrière em França; Hospital de Bethlem em St. George's Field; Hospital de Wakefield; Hospital de Hanwell, todos em Inglaterra; e o Hospital de Charenton em França. Irá também ser referido o modelo implementado pelo Dr. Jacobi mesmo apesar de não se ter conseguido encontrar informação suficiente que permita ter o mesmo método de análise dos restantes modelos apresentados. Contudo considera-se ser uma referência importante para o estudo.

Apresenta-se de seguida uma análise sistematizada elaborada individualmente de forma a tirar algumas ilações sobre alguns aspetos que se consideram mais pertinentes na evolução arquitetónica psiquiátrica desta época, nomeadamente ao nível da volumetria, a organização espacial interior, as celas, as enfermarias, a organização espacial exterior, vãos, a capela e igreja e por fim a relação dos espaços verdes na organização interior e a sua importância.

3.1.1 Hospital de Salpêtrière. 1792. Paris. França

Situado em Paris, o Hospital de Salpêtrière (Fig.19) foi projetado pelo arquiteto francês Louis Le Vau, conhecido por ser um dos criadores do classicismo francês, ou chamado, estilo Luis XIV, que o combinou de forma singular com o Barroco.

Este hospital psiquiátrico foi construído no século XVIII com a finalidade de ser uma fábrica de pólvora (a sua designação de “salpêtre”, significa em português salitre, um dos ingredientes da pólvora) e, quinze anos mais tarde, com o nome Hospital Geral do internamento dos pobres e sem teto de Paris, transformado em abrigo de pobres, mendigos e marginais que de alguma forma perturbassem a ordem da cidade de Paris. Foi dividido em três partes, Pitié para as crianças, Bicêtre para os homens e Salpêtrière para as mulheres (Boucher, 1883).

Em 1684, a parcela de Salpêtrière foi ampliada e serviu como prisão a prostitutas, assim como de edifício para manter distante da sociedade, doentes mentais, criminosos insanos, prisioneiros, doentes epiléticos e os desprotegidos em geral até a Revolução Francesa (Boucher, 1883).

No período da Revolução Francesa, o edifício foi ocupado pela multidão, libertando as prostitutas e as outras mulheres, possivelmente as que padeciam de doença mental, foram assassinadas, se assistindo a um verdadeiro massacre.

Durante o século XIX, o trabalho de alguns dos seus médicos, como Philippe Pinel e o Jean-Martins Charcot, elevaram este centro médico a um dos mais reconhecidos a nível de saúde mental, servindo como hospital psiquiátrico e asilo feminino (Gomes, 1843).



Figura 17: Planta de localização na Europa

Fonte: Mapa retirado de <http://imgur.com/gallery/X2kFR>

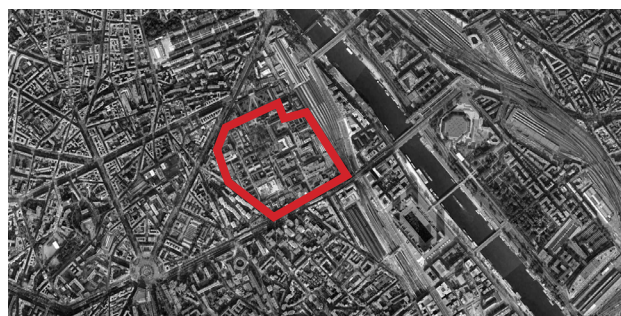


Figura 18: Planta de enquadramento urbano

Fonte: Mapa retirado de www.google.pt/maps

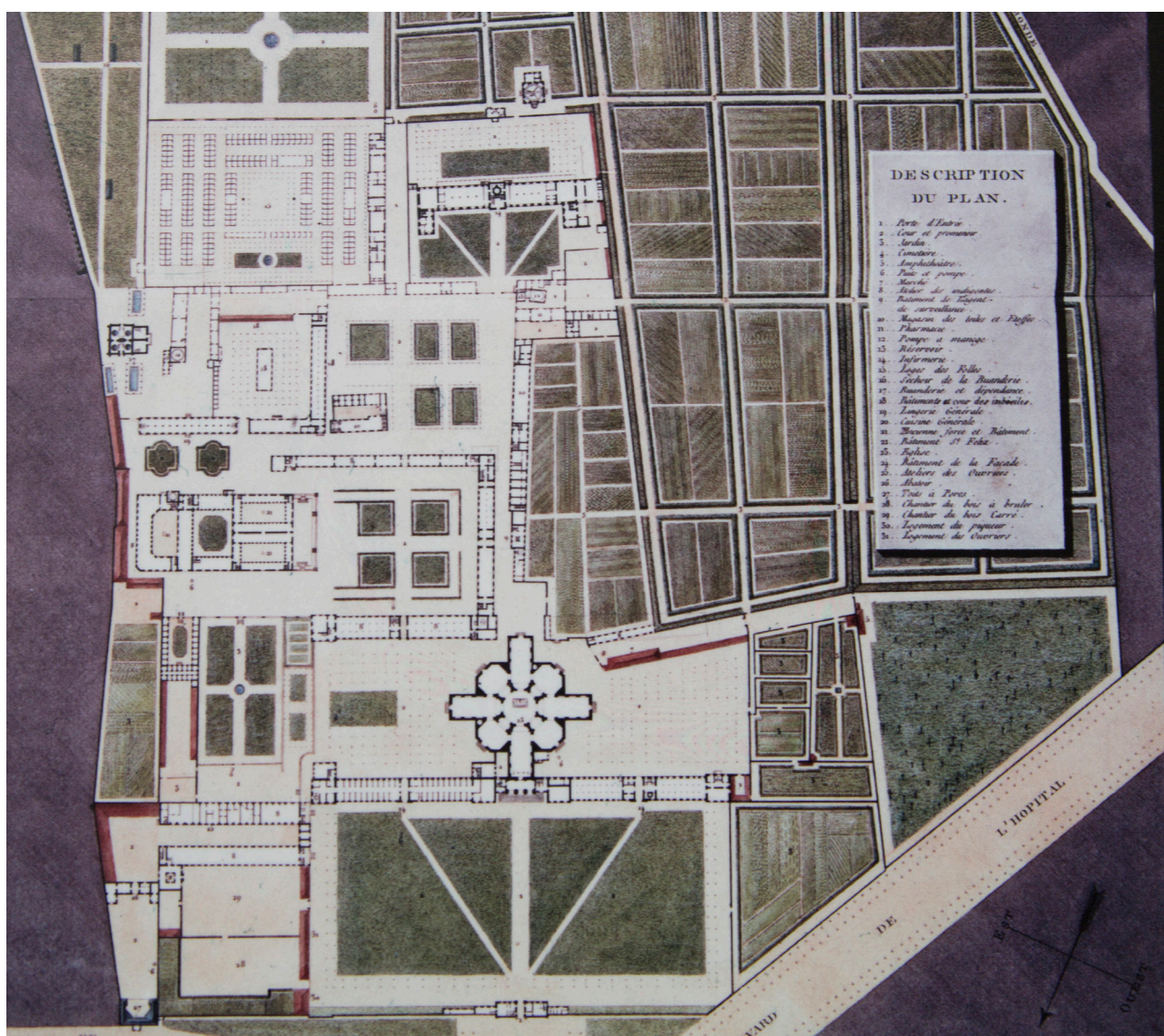


Figura 19: Planta geral do Hospital psiquiátrico feminino de Salpêtrière em Paris

Fonte: Hospital de Salpêtrière em Paris

3.1.2 Hospital de Bethlem . 1815 . St. George's Field . Londres . Inglaterra

Bethlem Royal Hospital (Fig.22), considerado uma das mais antigas instituições de saúde mental em todo o mundo, foi construído em 1247 como o Priorado da Nova Ordem de Santa Maria de Belém, em Bishopsgate, em Londres. Inicialmente, não foi um asilo de loucos, mas sim um Centro de recolha de esmolas para ajudar a igreja Crusader. O primeiro registro encontrado de doentes mentais no hospital estava dentro do início do século XV. Desde então, o hospital mudou, até aos dias de hoje, três vezes de local, não deixando de ser referência na área da psiquiatria (Gomes, 1843).

A primeira mudança deu-se em 1676, para um edifício novo e maior, localizado em Moorfields. A fachada barroca, projetada por o filósofo Robert Hooke teve a intenção de impressionar os visitantes, mas a forma cruel e rude como os doentes eram tratados, rotulou o hospital como “palácio dos lunáticos”. As pessoas eram chamadas ao seu interior para ver os doentes, como forma de espetáculo, tornando-se uma atração turística.

Para melhorar as condições do paciente e criar um espaço mais aberto e agradável, podendo conciliar atividades de interior e exterior, o Hospital Bethlem saiu em 1815 da cidade de Londres para Campos do St George's Field em Southwark, longe do centro da cidade.

Será esta a versão que se analisará com maior detalhe pois foi a que se obteve mais informação arquitetónica e a escala do edifício é que mais se aproxima dos restantes modelos analisados.

Por meados do século XIX, em que a política de tratamento foi alterada, o hospital foi severamente criticado pela inspeção do governo e o tratamento aos doentes passou a ser o passo para a sua cura e não as punições. .

Bethlem permaneceu neste local até 1930, mudando-se para o atual em Beckenham, continuando a desempenhar um papel importante na psiquiatria.



Figura 20: Planta de localização na Europa

Fonte: Mapa retirado de <http://imgur.com/gallery/X2kFR>



Figura 21: Planta de enquadramento urbano

Fonte: Mapa retirado de www.google.pt/maps

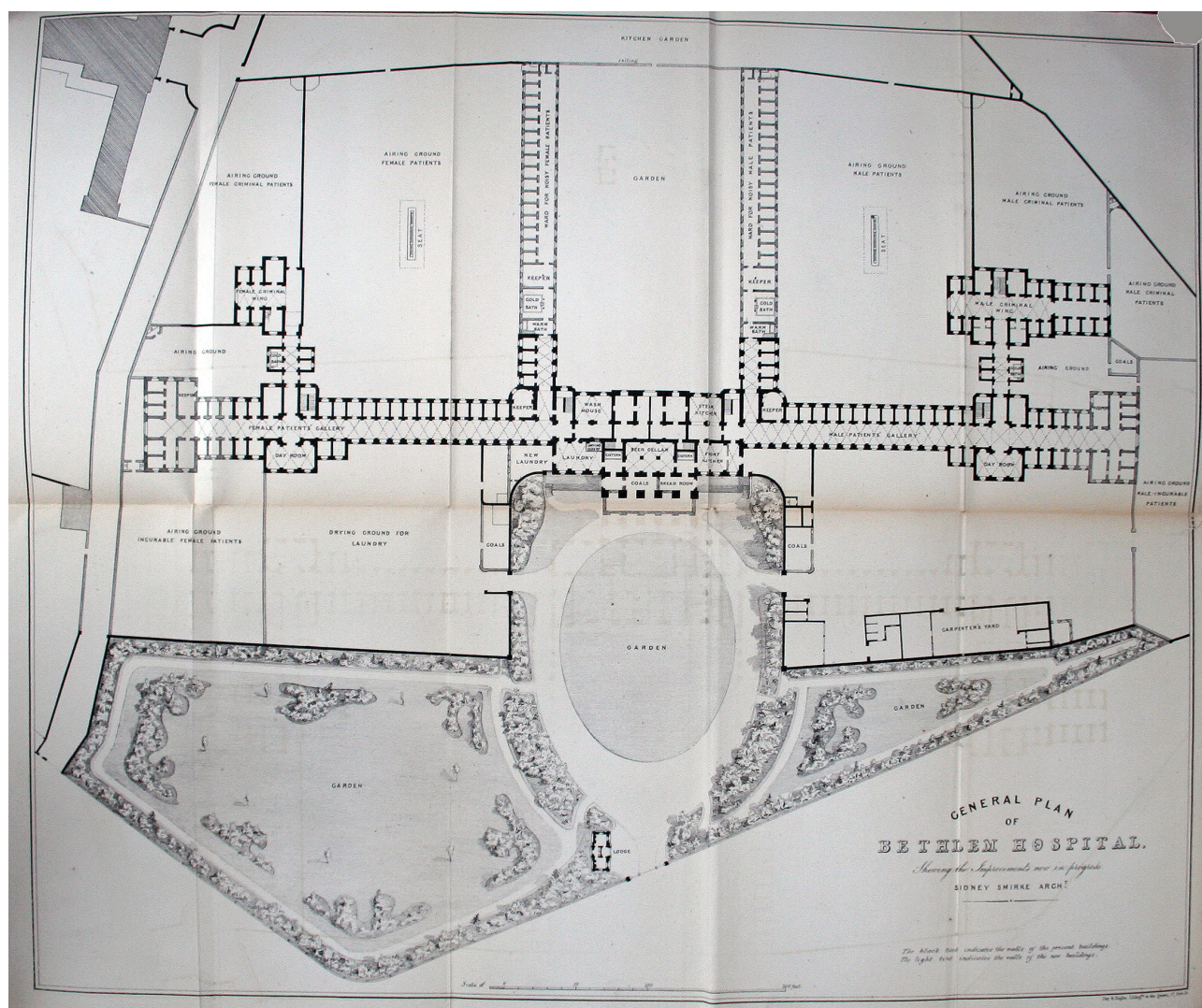


Figura 22: Planta geral do Hospital psiquiátrico de Bethlem em St George's Field, Londres, 1834

Fonte: Gale, Colin S. Archives & Museum Bethlem Royal Hospital, 2013

3.1.3 Hospital de Wakefield. 1818 . Wakefield . Inglaterra

O aumento de rumores sobre maus tratos de lunáticos decretou uma série de condições que forneceu as diretrizes para que os asilos públicos fossem criados, inspirando assim os magistrados de Wakefield a proporem a construção de um asilo de loucos e indigentes em West Riding.

A 23 de Novembro de 1818, deu-se a inauguração do West Riding County Lunatic Asylum em Wakefield (Fig.25), sendo um dos maiores e mais proeminentes asilos da Inglaterra vitoriana. William Stark, arquiteto escocês, foi o autor do projeto e teve por base e princípio o Bethlem Royal Hospital como algo essencial no processo de construção do asilo psiquiátrico, enquanto foi supervisionado por Samuel Tuke, associado ao The Retreat em York, fornecendo o modelo de tratamento moral que dominou a psiquiatria britânica durante grande parte do séc. XIX (Gomes, 1843).

Neste século existiam ainda poucos meios para tratamento da saúde mental, sendo a sua construção de extrema necessidade.



Figura 23: Planta de localização na Europa

Fonte: Mapa retirado de <http://imgur.com/gallery/X2kFR>



Figura 24: Planta de enquadramento urbano

Fonte: Mapa retirado de www.google.pt/maps

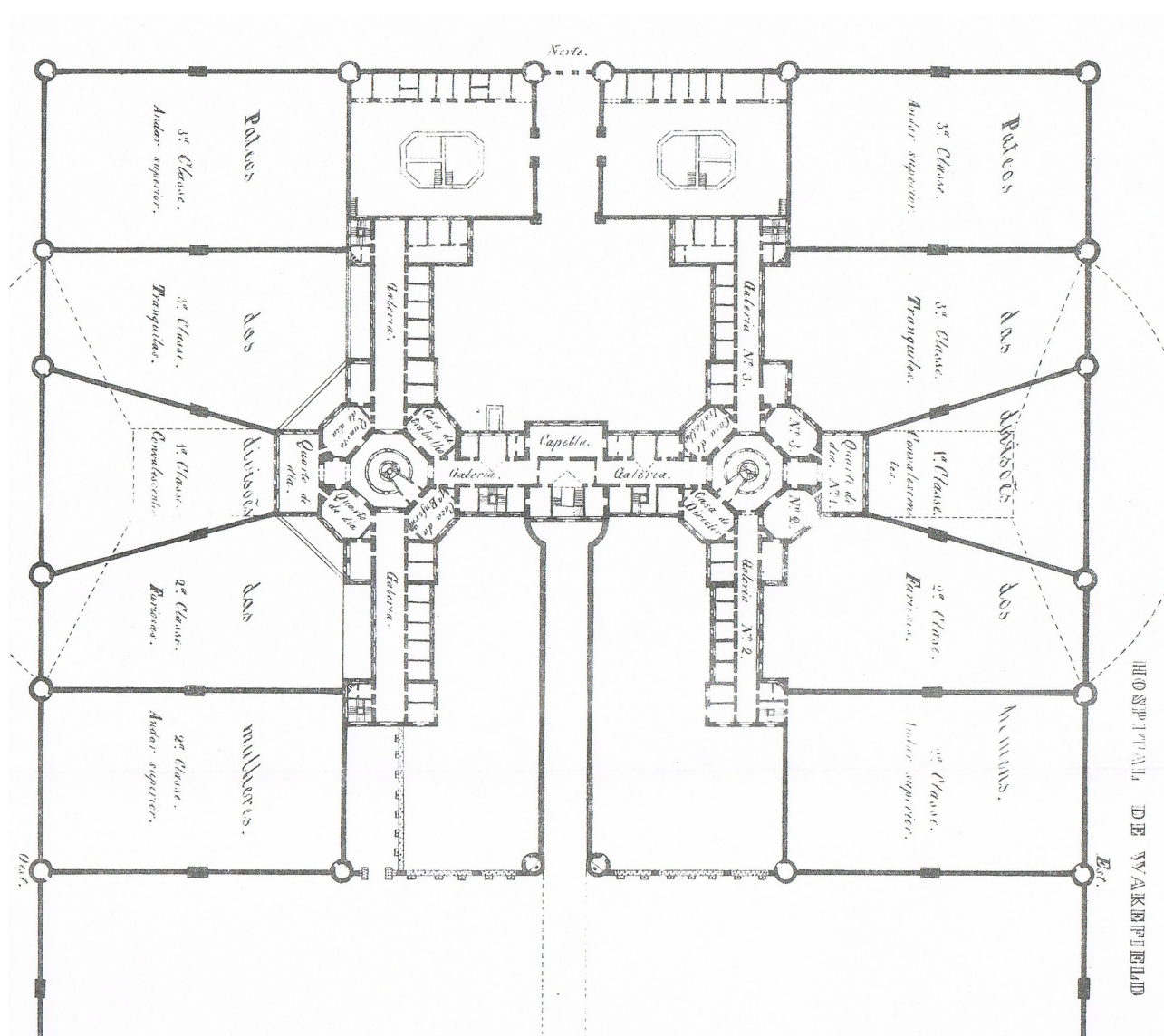


Figura 25: Planta geral do Hospital psiquiátrico de Wakefield em West Riding of Yorkshire

Fonte: Planta retirada de Gomes, Dr. Bernardino (1843). *Dos Estabelecimentos dos Alienados nos Estados Principales da Europa*.p.99

3.1.4 Hospital de Hanwell. 1831 . Hanwell. Londres . Inglaterra

O asilo de Hanwell (Fig.28) era destinado aos alienados pobres do condado de Middlesex, sendo construído no ano de 1830 em virtude do ato parlamentar que instituía a necessidade de criar um destes asilos em cada condado do reino. Ora, assim sendo, este encontrava-se a oeste de Londres, na base de uma colina, ocupando uma área de quase 5500 metros quadrados, rodeado pelo rio de Brent, um grande canal, e pela estrada que ligava Londres a Uxbridge (Gomes, 1843).

Inicialmente destinado a 300 doentes, foi aumentando a sua quota de internamentos, sendo que por volta de 1840 já albergava perto de 1000 doentes mentais, tornando-se, de acordo com os historiadores Hunter e Macalpine, o mais famoso hospital psiquiátrico e mais controverso do mundo.

Hanwell alcançou grande destaque no campo da enfermagem psiquiátrica devido ao trabalho do Dr. William Ellis, que introduziu a ideia de “terapia de emprego”, incentivando os pacientes a usar as habilidades e as profissões que tinham adquirido antes de entrar no asilo, ocupando-os para o benefício do asilo e como um auxílio em seu tratamento. O Dr. Jonh Conolly aboliu também o uso de restrições mecânicas para controlar os pacientes no asilo, tornando-se no primeiro hospital psiquiátrico, de tão grande escala e com diferentes tipos de pacientes, a usar este método (Gomes, 1843).



Figura 26: Planta de localização na Europa

Fonte: Mapa retirado de <http://imgur.com/gallery/X2kFR>



Figura 27: Planta de enquadramento urbano

Fonte: Mapa retirado de www.google.pt/maps

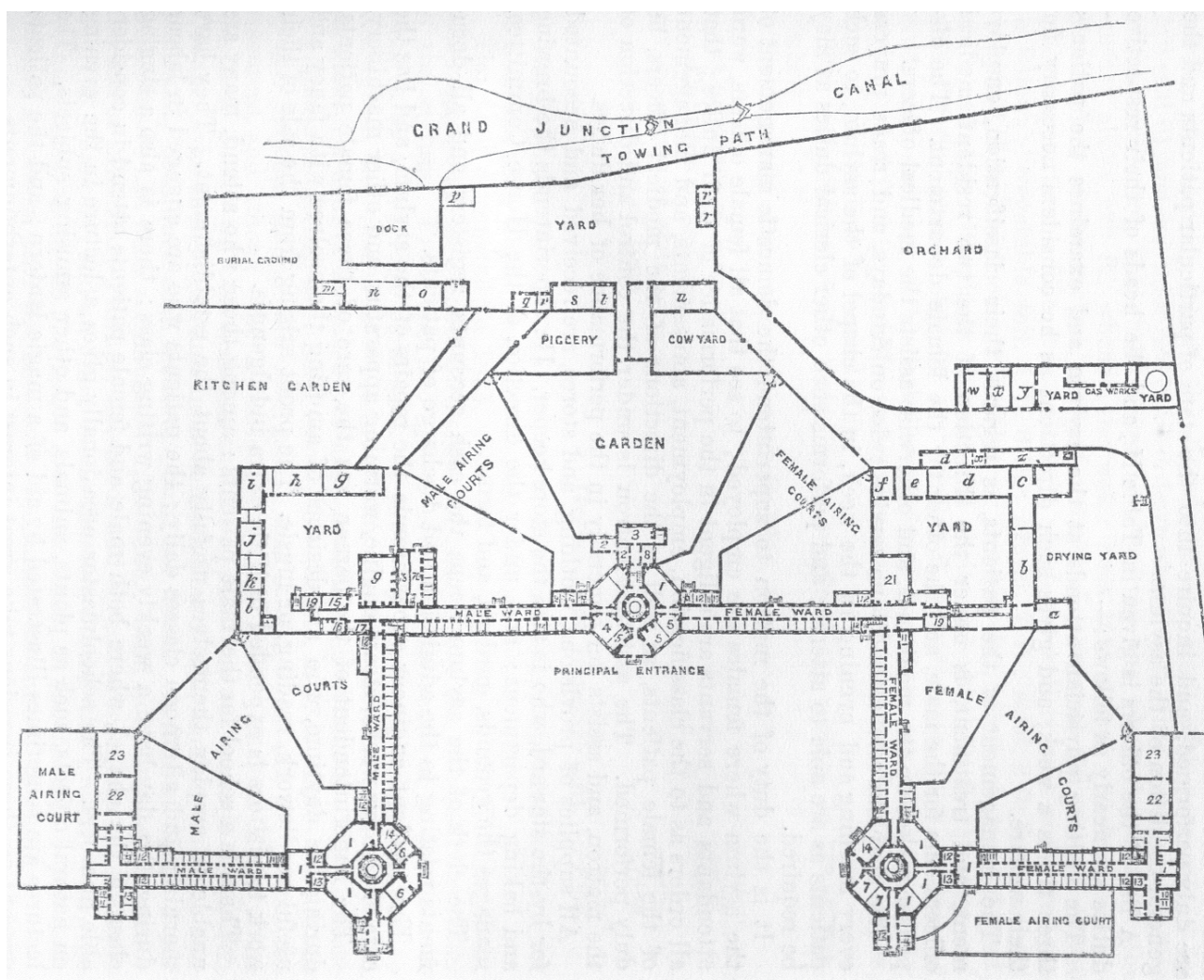


Figura 28: Planta geral do Hospital psiquiátrico de Hanwell em Middlesex County, 1843

Fonte: <http://www.victorianlondon.org/health/hanwell2.gif>, 2013

3.1.5 Hospital de Charenton. 1838 . Paris . França

O modelo de Esquirol foi aquele que mais influenciou a construção e organização dos hospitais psiquiátricos no decorrer do século XIX.

Criado e implementado entre 1641 e 1645, graças a uma doação de Sébastien Le Blanc, surge o Hospício de Charenton Saint-Maurice (Figs.30, 31, 32 e 34), dirigido pelos Irmãos da ordem de caridade São João de Deus, com a intenção de receber os pacientes mais pobres. Várias doações, são adicionadas à primeira, estando previsto o aumento da capacidade de alojamento do hospital (Bursztyn, 2004).

Com a instalação no hospital dos Irmãos da Caridade, conhecidos por Marie Medici, a 16 de Maio de 1645, marca o início da ocupação religiosa no Charenton, continuando até a revolução.

Em 1792, a Lei de 18 de Abril ordena a supressão das ordens religiosas, levando ao encerramento do estabelecimento, mas a 15 de junho de 1797, sob supervisão do Ministério do Interior o estabelecimento é reaberto. Este período é marcado pela ausência total de regras de procedimento, o que permitirá ao diretor exercer o poder (Bursztyn, 2004).

Com a chegada de Jean Etienne Esquirol, ao assumir a direção do hospital em 1811, coloca de imediato a França na primeira linha do tratamento das doenças mentais, tendo preparado e aprovando a primeira lei sobre os alienados (Lei 30 de Junho de 1838) no qual postulava a necessidade de prestar assistência aqueles que apresentavam dificuldades do foro mental, ao mesmo tempo que estabeleceu a obrigatoriedade de desenvolver e criar estabelecimentos públicos que dessem resposta a estes doentes, passando os mesmos a denominar-se como asilos, fugindo desta forma à ideia pejorativa de hospital (Bursztyn, 2004).



Figura 29: Planta de localização na Europa

Fonte: Mapa retirado de <http://imgur.com/gallery/X2kFR>



Figura 33: Planta de enquadramento urbano

Fonte: Mapa retirado de www.google.pt/maps

Esquema evolutivo do hospital de Charenton



Figura 30: Planta séc. XVIII

Fonte: Inventaire général du patrimoine culturel, Paris

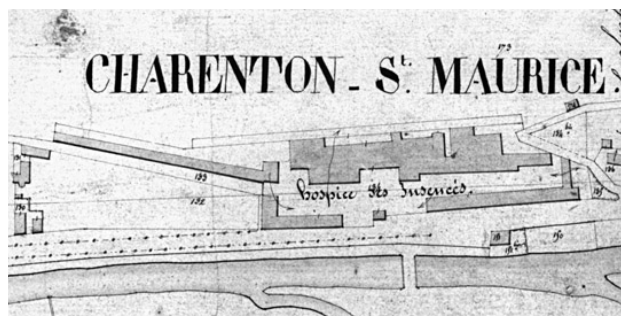
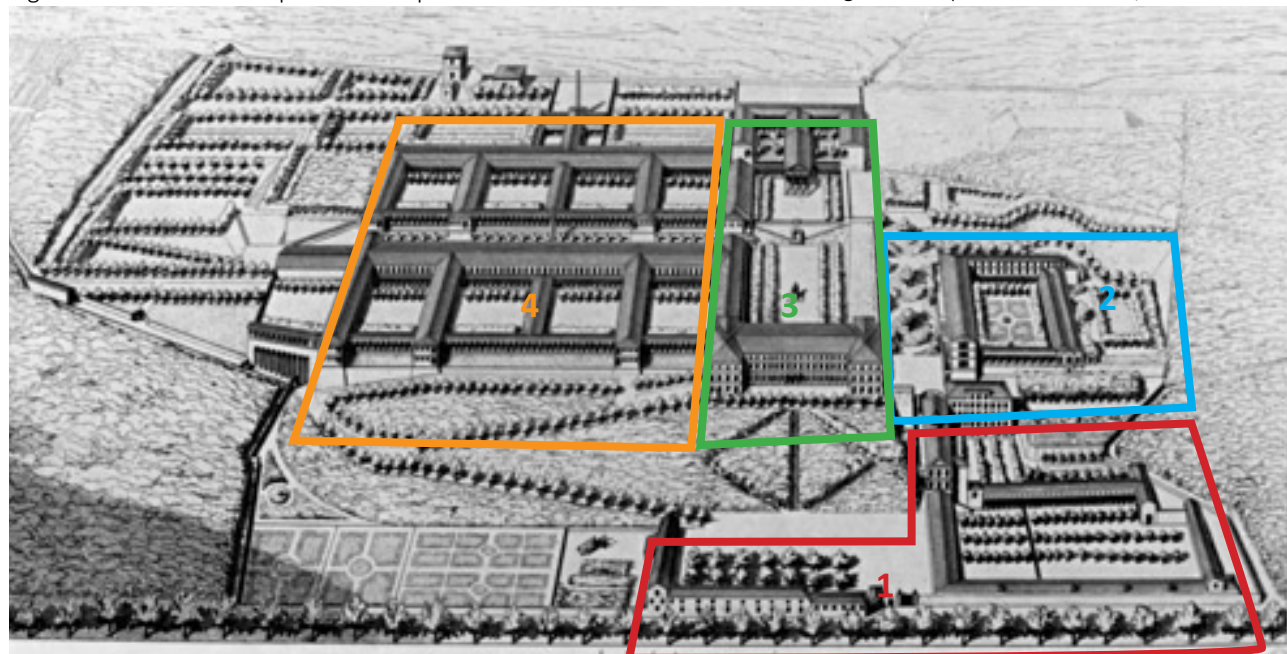


Figura 31: Planta 1810

Fonte: Inventaire général du patrimoine culturel, Paris

Figura 32: Vista aérea do plano do hospital

Fonte: Inventaire général du patrimoine culturel, Paris



1 - Construções entre 1803-1810

2 - Construção da ala feminina entre 1823-1828

3 - Construção da administração e capela entre 1828-1845

4 - Construção ala masculina entre 1838-1845

3.1.6 Hospital Modelo Dr. Jacobi

Em 1825, é inaugurado na Prússia, o asilo dos alienados de Siegburg (Fig.35), sob direção do Dr. Carl Jacobi. O asilo, situado numa aldeia afastado da cidade mais próxima, foi instalado num antigo mosteiro beneditino e sendo o Dr. Jacobi seu diretor, procurou estabelecer neste uma série de alterações que permitissem o acolhimento dos doentes mentais e alienados.

Como se pode ver na figura ao lado, o asilo consistiu num layout retangular de edifícios, com pátios e uma grande igreja central, em que

“tem defeitos, que procedem de não ter sido construído um edifício de propósito para o seu fim; não permite por exemplo a perfeita separação dos doentes por classes; os quartos da primeira divisão são pouco espaçosos, não bastante esclarecidos e ventilados, e demais hum tanto húmidos e frios” (Gomes, 1843, p. 32).

Dadas as dificuldades que sentiu nesta adaptação, resultante da apropriação de um programa tão específico em edifícios antigos não concebidos originalmente para o efeito, o Dr. Jacobi publica, em 1834, um trabalho onde expõe um modelo de hospital detalhando os ideais para a construção e gestão de um asilo.

É este o modelo que se pretende aprofundar e perceber em que consistia.

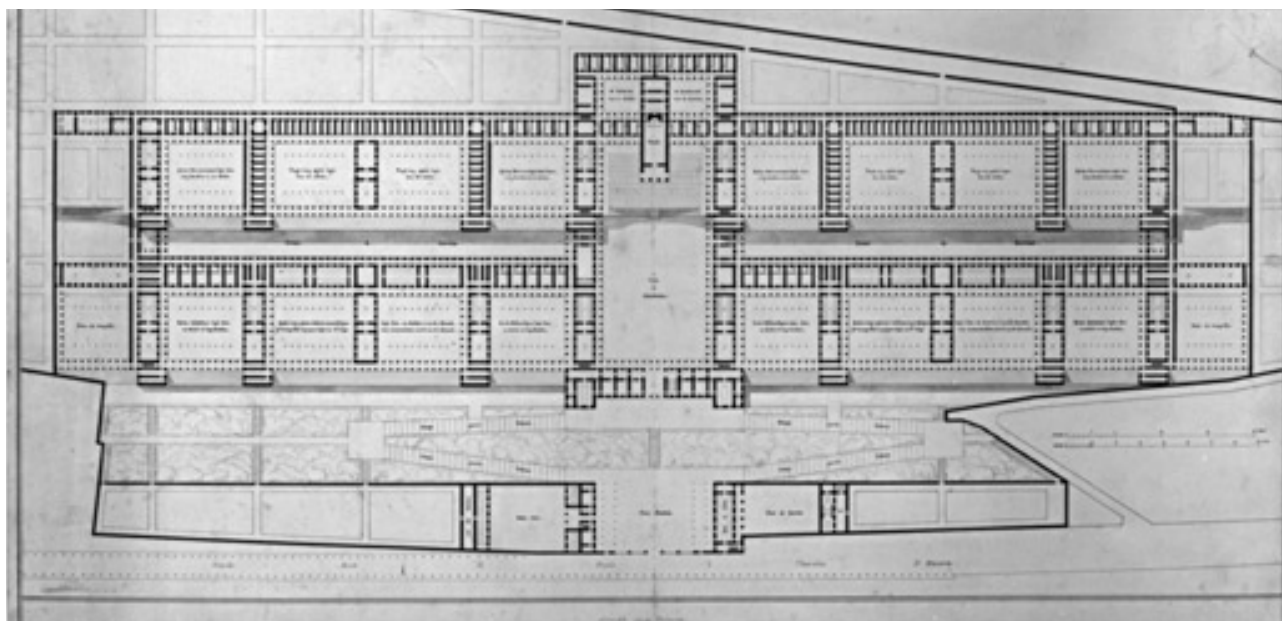


Figura 34: Hospital de Charenton em Paris | planta de final de 1844 (versão a analisar)

Fonte: Inventaire général du patrimoine culturel, Paris

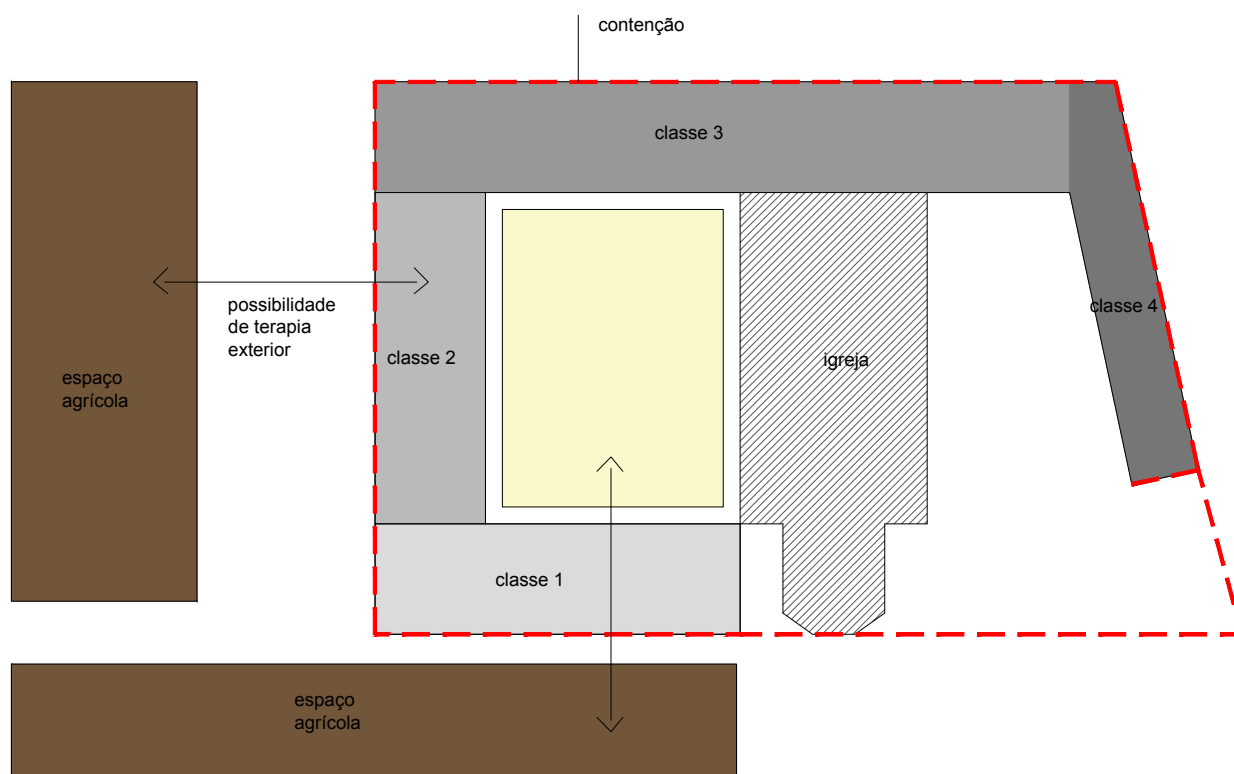


Figura 35: Esquema de autor extrapolativo da adaptação organizativa estabelecida pelo Dr. Jacobi no Convento de Siedburg para Hospital dos Alienados

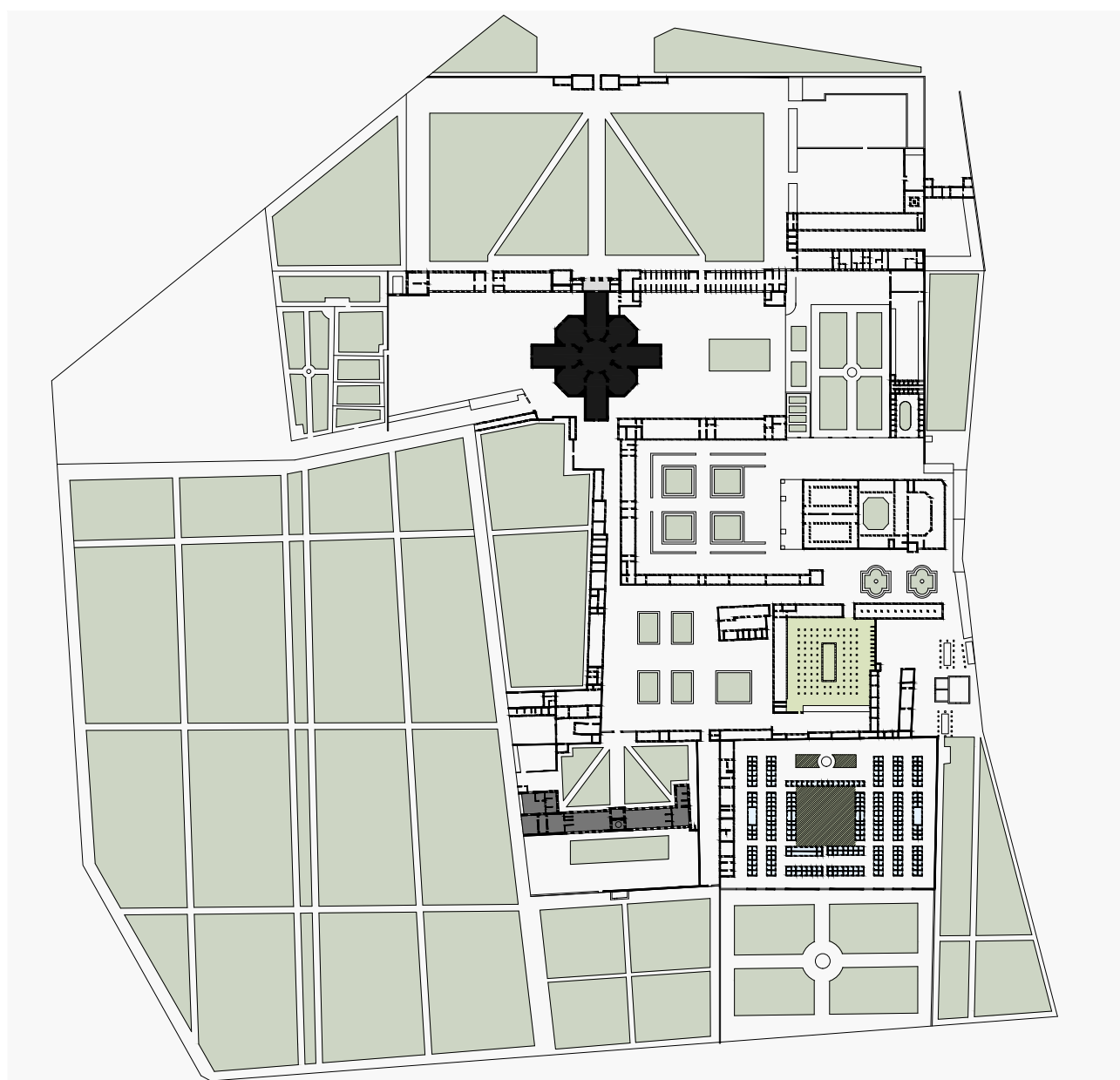
Nesta fase pretende-se demonstrar o modo como o programa se desenvolve nos edifícios. Esta análise permitirá compreender a organização espacial face à sua funcionalidade.

3.2.1 Hospital de Salpêtrière. 1792. Paris. França



As características arquitectónicas do hospital psiquiátrico La Salpêtrière (Fig.36) são definidas pela construção de pavilhões espalhados no terreno. Salientam-se as duas alas, a norte-leste, iniciada em 1660, chamada de Divisão Masarin e a ala sul, construída em 1756, designada por Divisão Lasay, seguindo os planos originais. O design das duas alas é semelhante ao de 1676 do Hotel dos Inválidos, com uma fachada austera acentuada por portas monumentais, decoradas com frontões e relevos.

A capela, construída por Bruant Libéral, por volta do ano de 1675, em forma de cruz grega e com uma cúpula central otogonal, forma quatro pátios fechados. Só a capela e a ala norte é que foram completamente construídas, sendo que o comprimento da ala é marcado no centro, junto à entrada para a varanda da capela, com duas passagens para ambos os lados.

A norte encontram-se dois pavilhões, formando uma espécie de H, enquanto a sul encontram-se três pavilhões em forma de U. Todos os pavilhões se encontram conectados através de uma rede de túneis subterrâneos.



Legenda

 galeria feminina	 enfermaria	 pátios de arejamento feminino	 jardins
 entrada/recepção	 igreja	 pátios de arejamento	

Dados Gerais

Projectado por: Louis Le Vau, arquiteto

Função primária: Hospital psiquiátrico feminino

Função atual: Hospital geral

Número de pisos: média 3

Área Terreno: 162.000m²

Área Implantação: 12.000m²

Área Bruta Construção: 36.000m²

Galeria feminina: 1.520m²



Figura 36: planta de distribuição programática do Hospital de Salpêtrière em França

Fonte: Desenho do autor baseado em planta fornecida pelo Hospital de Salpêtrière em Paris

3.2.2 Hospital de Bethlem . 1815 . St. George's Field . Londres . Inglaterra

O edifício de três andares era constituído por um bloco central, onde a entrada era efetuada por um pórtico, por uma ala em ambos os lados e no centro uma cúpula grande e sublime. Em termos de organização espacial interior havia a divisão por géneros, no lado este se encontravam os homens e no lado oeste estariam as mulheres (Fig.37).

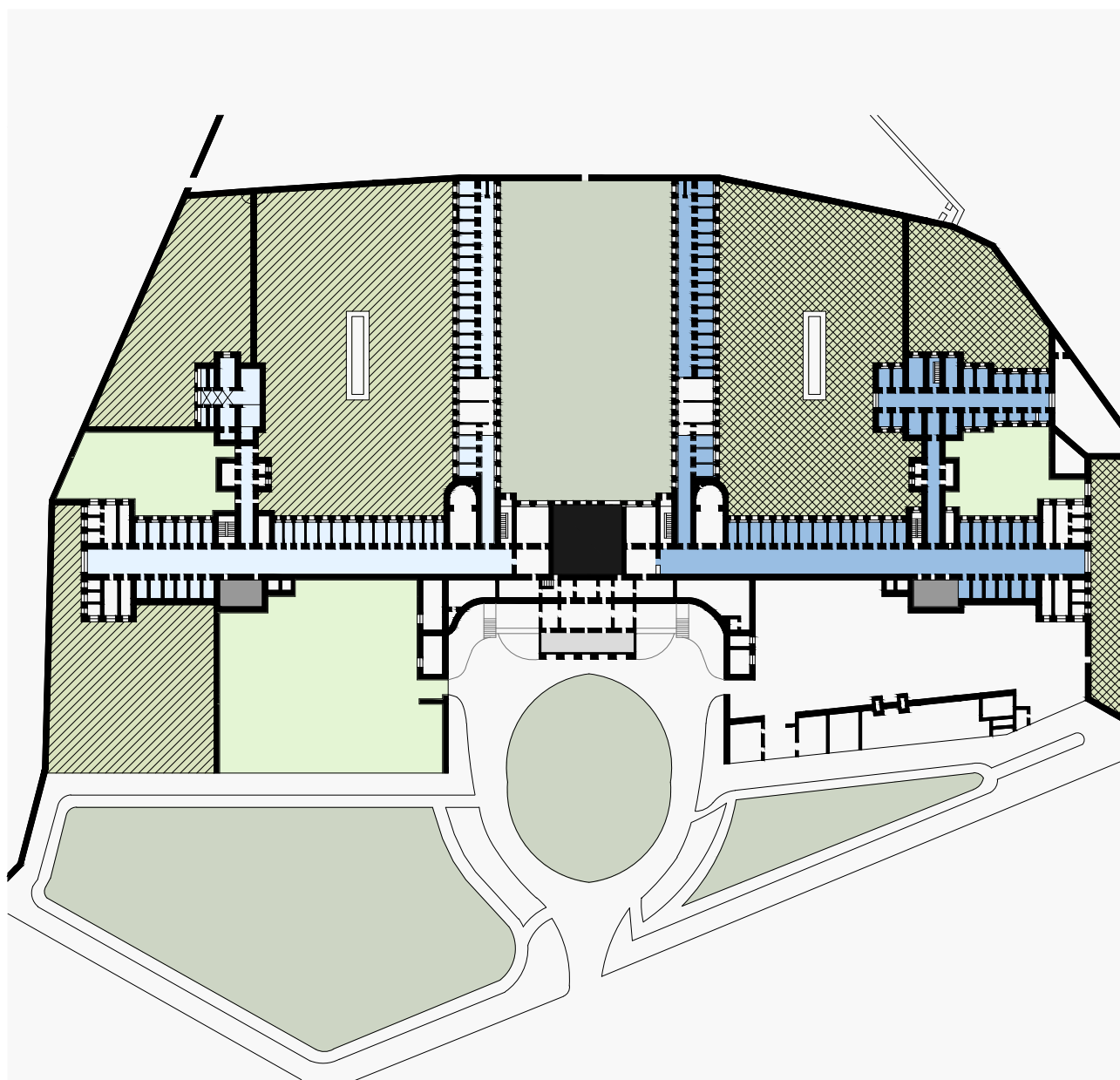
Os quartos estavam localizados nas galerias, contendo apenas uma instalação sanitária e banhos frios em cada uma delas.

Em termos de materiais de construção, quase todo o edifício é construído em tijolo e ferro, funcionando estes materiais como meio de segurança face aos perigos de um possível incêndio. A nível de instalações verificou-se que:










“tem agua distribuída por todos os pavimentos e divisões para onde desce de grandes reservatórios, colocados na parte mais superior; e he illuminado por gaz. O aquecimento por tubos de vapor, feito em todas as divisões ... e a sua combinação com huma ventilação perfeita, tornão por toda a parte o ar puro e huma temperatura uniformemente suave (...)” (Gomes, 1843, p. 88).

Apesar de todas as inovações que possam ter sido implementadas neste hospital, o fato é que o mesmo também apresentava alguns defeitos:

“pouca largura das galerias, e estreiteza mesmo dos quartos e nas divisões de mais recente construção a existência de quartos de hum e outro lado das galerias, o que deve tornar sombrias as ditas divisões, e ainda com menos desafogo para os doentes pela falta de casas de reunião de dia” (Gomes, 1843, p. 89).



Legenda

 galeria feminina	 quartos de dia	 pátios de arejamento feminino
 galeria masculina	 capela (construída em 1846)	 pátios de arejamento masculino
 entrada/recepção		 pátios de arejamento
		 jardins

Dados Gerais

Projectado por: Robert Hooke, arquiteto e filósofo

Função primária: Hospital psiquiátrico

Função atual: Museu de Guerra Imperial

Número de pisos: 2

Área Terreno: 36.750m²

Área Implantação: 7.500m²

Área Bruta Construção: 15.000m²

Galeria feminina: 3.000m²

Galeria masculina: 3.200m²



0 10 30m

Figura 37: Planta de distribuição programática do Hospital de Bethlem em Inglaterra

Fonte: Desenho do autor baseado em planta original fornecida por Gale, Colin S. Archives & Museum Bethlem Royal Hospital, 2013

3.2.3 Hospital de Wakefield. 1818 . Wakefield . Inglaterra

O hospital de Wakefield (Fig.38) apresenta a nível de distribuição uma forma de H, com duas grandes alas em corredor confinadas com torres de observação colocadas em pontos estratégicos de blocos entrecortados. Estas torres de vigia seguem o conceito do panótico utilizado por Betham, cuja teoria irá ser desenvolvida num capítulo posterior. O exterior do edifício preserva a dignidade e equilíbrio do séc. XVIII, mas a sua planta é estritamente funcional, em conformidade com o séc. XIX.

As enfermarias individuais foram construídas com base nas galerias introduzidas por Robert Hooke em Bethlem, em 1676, o que permitia a liberdade de movimentos dentro das mesmas e do uso das salas de dia.

A sua distribuição, já usadas no hospital psiquiátrico de Bethlem designam, um quarto para cada paciente, com aquecimento e envidraçados, permitindo a entrada da luz natural, bem como o acesso a sanitários e instalações desta índole em cada ala. Apresenta ainda uma torre de observação, que permite uma visão elevada e ininterrupta das alas, demonstrando a preocupação constante com a vigilância dos pacientes. (Mindha, 2013).

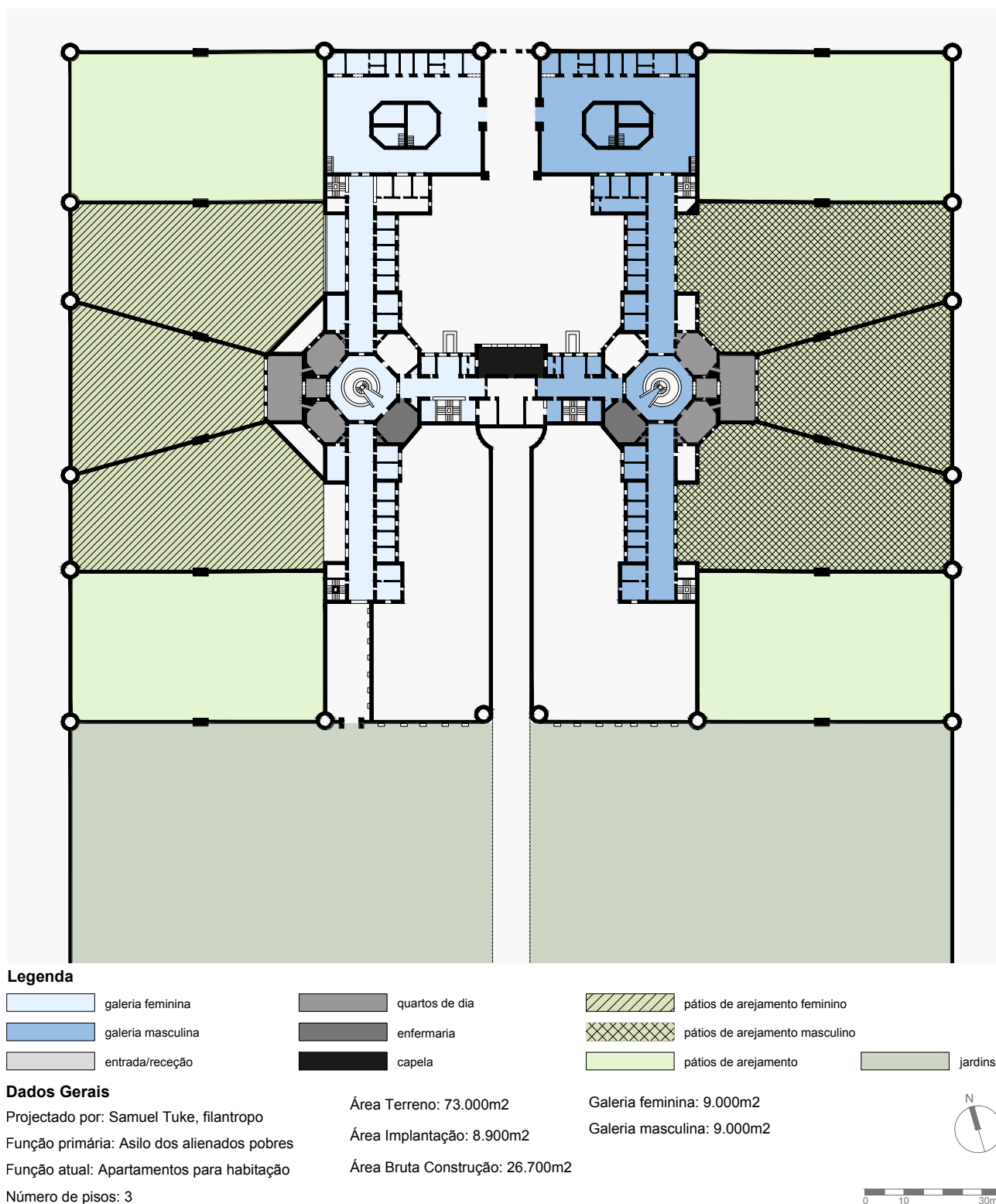


Figura 38: Planta de distribuição programática do Hospital de Wakefield em Inglaterra

Fonte: Desenho do autor baseado em Gomes, Dr. Bernardino (1843). *Dos Estabelecimentos dos Alienados nos Estados Principales da Europa*.p.99

3.2.4 Hospital de Hanwell. 1831 . Hanwell. Londres . Inglaterra

Em termos arquitetônicos, apresentava-se como um espaço com:

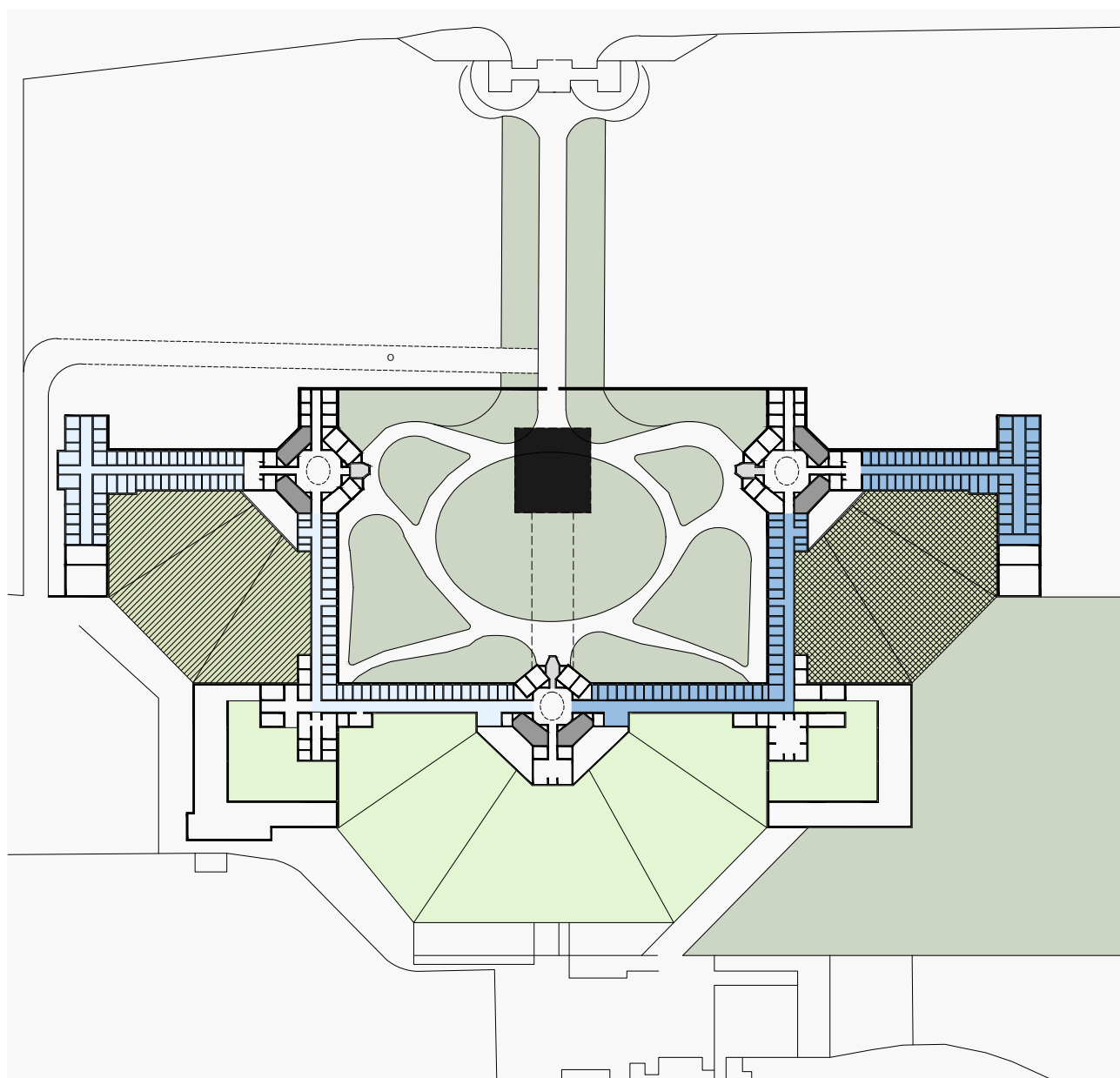
“dois pavimentos, existem três torres octógonas que guarnecem o centro e dois dos ângulos anteriores da construção, e além disso alguns dos prolongamentos mais modernamente modificados (...)” (Gomes, 1843, p. 84).

Estas três torres octogonais repete o mesmo princípio de panótico observado no Hospital de Wakefield (Fig.39) e apresentam-se como uma das peças principais no desenvolvimento do desenho do edifício.











Neste modelo de hospital existia também a divisão por gêneros, sendo que esta era feita pela torre central, em que de um lado (este) encontravam-se os homens, e do outro (oeste) estariam as mulheres. Os doentes mentais estariam distribuídos por uma série de divisões secundárias, sendo alojados em quartos *“que abrem todos em galerias com 10 pés de largo”* (Gomes, 1843, p. 85).

Apesar de todas as evoluções verificadas ao longo do tempo nos demais hospitais psiquiátricos da época, pode-se dizer que o asilo de Hanwell foi aquele que mais seguiu os pressupostos apresentados por Pinel no abandono das correntes dos alienados através dos trabalhos desenvolvidos pelo Dr. Conolly que, com as suas práticas, levou ao completo abandono de todos os meios de repressão utilizados (Gomes, 1843).

Contudo, esta mudança de atitude perante o paciente, não apresentou repercussões visíveis na organização espacial interior do edifício, mas no tratamento do espaço exterior como se verá mais adiante.



Legenda

 galeria feminina	 quartos de dia	 pátios de arejamento feminino
 galeria masculina	 enfermaria	 pátios de arejamento masculino
 entrada/recepção	 capela (construída em 1875)	 pátios de arejamento
		 jardins

Dados Gerais

Projectado por: William Alderson, arquiteto
 Função primária: Asilo dos alienados pobres
 Função atual: West London Mental Health
 Número de pisos: 2

Área Terreno: 62.300m²
 Área Implantação: 11.600m²
 Área Bruta Construção: 23.200m²

Galeria feminina: 3.400m²
 Galeria masculina: 3.400m²



0 10 40m

Figura 39: Planta de distribuição programática do Hospital de Hanwell em Inglaterra

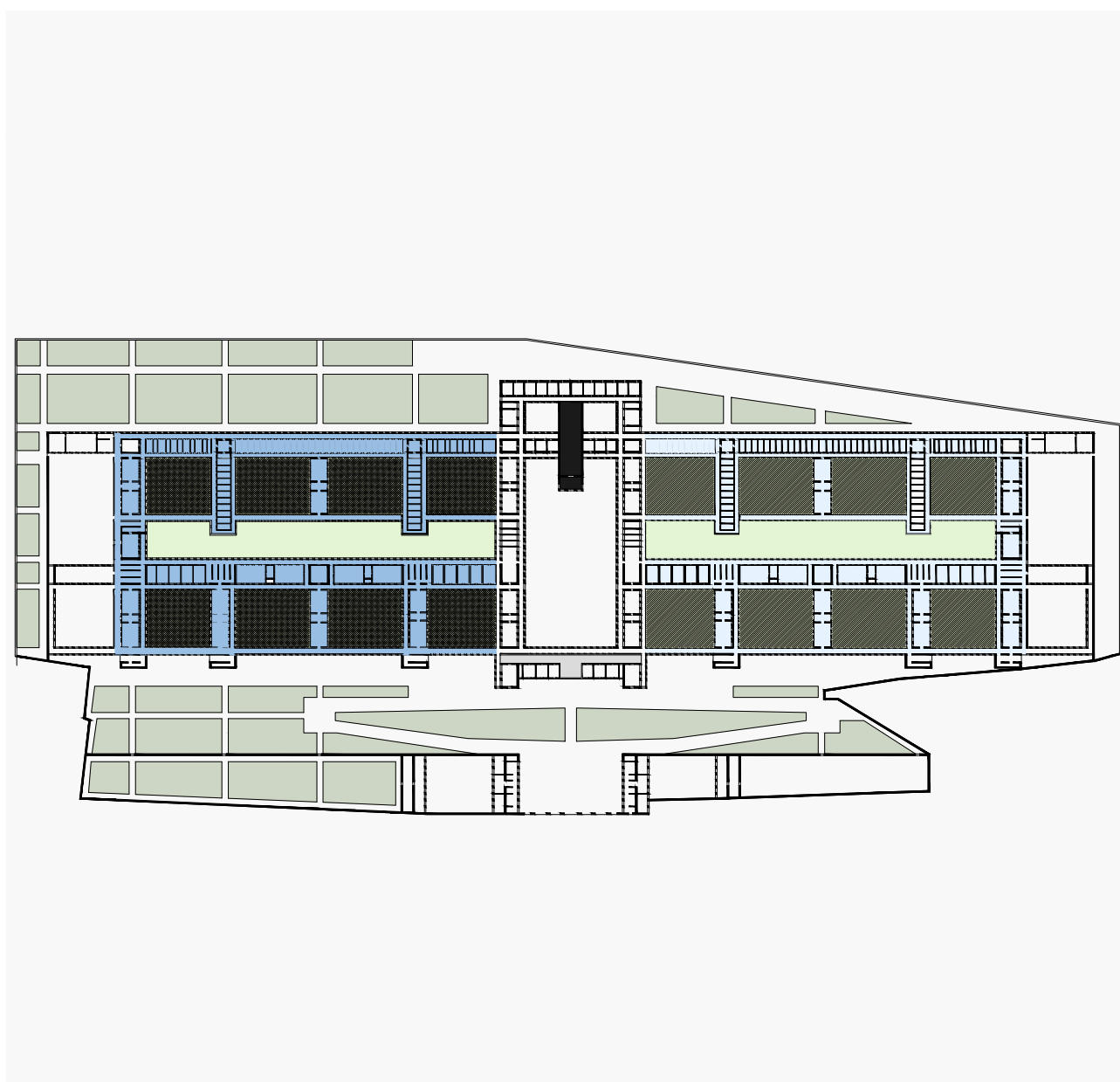
Fonte: Desenho do autor baseado em planta original retirada em <http://www.victorianlondon.org/health/hanwell2.gif>, 2013

3.2.5 Hospital de Charenton. 1838 . Paris . França

O modelo de hospital apresentado por Esquirol no século XIX (Fig.40) teve por base as suas próprias concepções sobre a forma de diagnosticar e consequentemente prover o tratamento aos seus pacientes. O hospital deveria ser entendido como um lugar no qual a loucura poderia ocupar o seu verdadeiro lugar e as vontades serem demonstradas de modo a que o médico fosse capaz de as identificar e consequentemente tratar. Num primeiro momento, o que se propôs a realizar foi a separação dos alienados dos prisioneiros, sendo que estes não deveriam ser tratados de forma igual, devendo existir instituições que estivessem unicamente preparadas para prestar os cuidados a estes. Dentro dos próprios hospícios, como seria o caso do Salpêtière e do Bicêtre, os doentes deveriam ser desamarrados, deixarem de estar presos a correntes ou com coletes-de-forças. Para ele, eles deveriam andar em liberdade (Pacheco, 2003).

O seu modelo de hospital, em termos arquitetónicos, deveria adotar um perfil quadrangular, em que os doentes seriam repartidos de acordo com o grau de gravidade da sua doença e as suas patologias, sendo que este deveria apostar em locais abertos e fechados. Abertos no sentido do doente se poder movimentar pelo espaço livremente, e fechados para aqueles que não demonstravam ou não possuíam capacidades de socialização, sendo por isso encontrar locais nos quais eles pudessem ser integrados sem que isso afetasse o trabalho no hospital (Bursztyn, 2004).

Em 1805, Esquirol defendeu a ideia de que era necessário reformar as instituições psiquiátricas, asilos, hospitais e prisões de toda a França, perpetuando os trabalhos iniciados por Pinel.



Legenda

	galeria feminina		igreja		pátios de arejamento
	galeria masculina		pátios de arejamento feminino		jardins
	entrada/recepção		pátios de arejamento masculino		

Dados Gerais

Projectado por: Émile Gilbert, arquiteto

Função primária: Asilo dos alienados pobres

Função atual: Hospital psiquiátrico

Número de pisos: 1 e 2

Área Terreno: 86.900m²

Área Implantação: 25.100m²

Área Bruta Construção: 37.600m²

Galeria feminina: 7.300m²

Galeria masculina: 7.300m²



Figura 40: Planta de distribuição programática do Hospital de Charenton em França

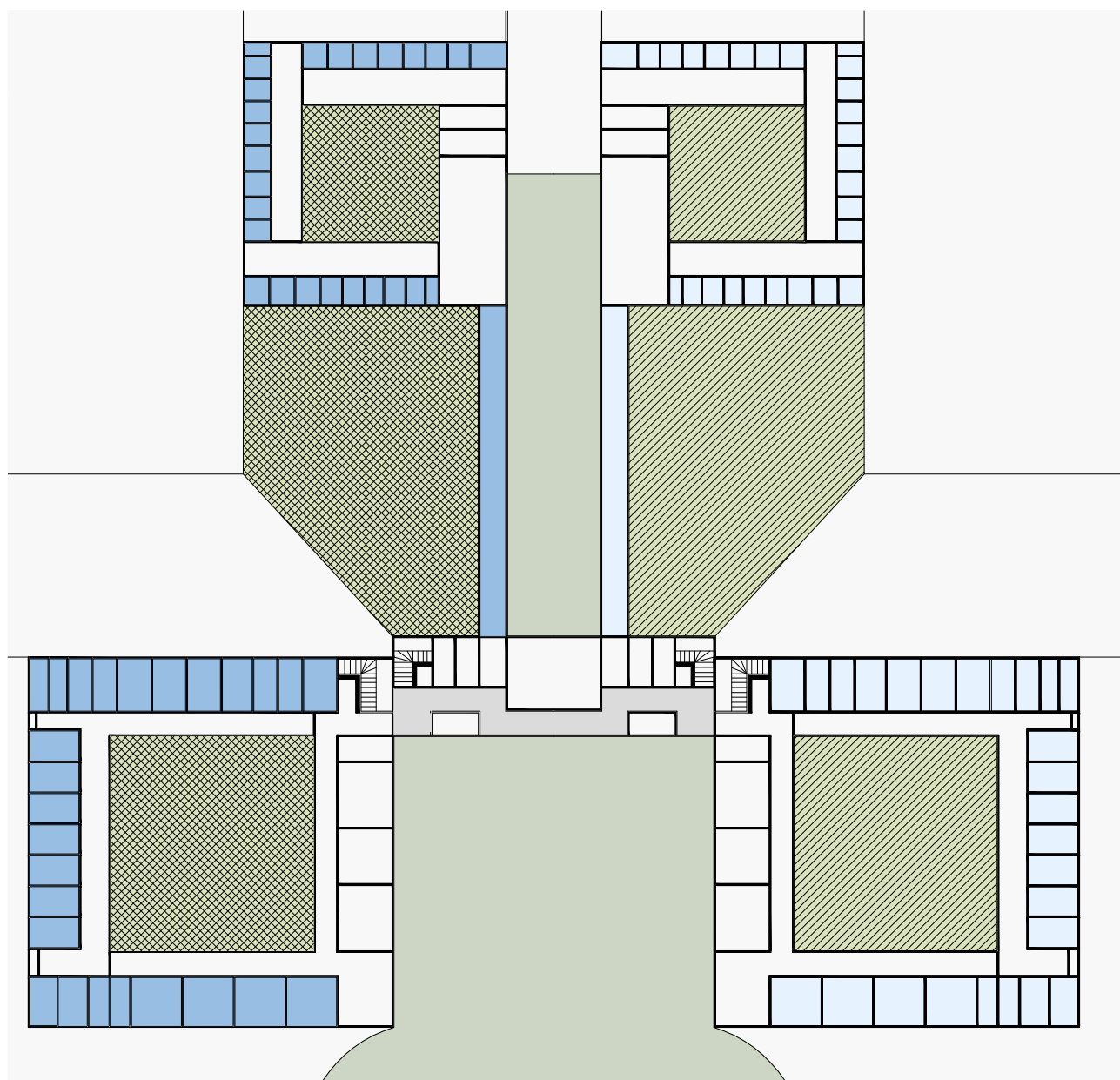
Fonte: Desenho do autor baseado em planta original fornecida por Inventaire général du patrimoine culturel, Paris, 2013

3.2.6 Hospital Modelo Dr. Jacobi

Em termos arquitetónicos, para que este hospital pudesse ser construído, o médico sugeria uma construção com base numa classificação de doentes e, consequentemente, a sua distribuição em número determinado por cada divisão, sendo esta divisão realizada através da observação feita sobre o estado mental (Gomes, 1843,p.40).

Assim sendo propunha que os doentes estariam separados por quatro classes: a primeira seria a dos alienados em excitação e com hábitos incorretos; a segunda englobava os melancólicos, idiotas e os dementes; a terceira os alienados tranquilos ou que se encontravam em convalescença e por fim, a quarta, destinava-se aos mais tranquilos e cujos os quartos estavam de acordo com a sua condição social (Gomes, 1843, p. 40).

Basicamente, o que o Dr. Jacobi postulava era a criação de um hospital psiquiátrico com uma estrutura quadrangular (Fig.41), na qual os doentes iriam ser divididos de acordo com a sua patologia e estatuto social, sendo que quanto mais elevado o estatuto, melhores seriam as condições nas quais estes ficariam. Propunha não haver mistura ao nível de géneros, mas que estes se poderiam encontrar nas áreas comuns, não acessíveis a todos os doentes, dados que os que apresentavam condições mais complicadas de tratamento deveriam permanecer isolados daqueles que apresentavam cura. Infelizmente, não existe informação neste seu hospital modelo no que diz respeito às áreas comuns ou mesmo iluminação e janelas, mas sabe-se que propunha que todos os “quadrados” tivessem apenas um piso, com várias divisões, o que nos leva a crer que se trataria de um prédio térreo (Gomes, 1843).



Legenda

	galeria feminina		quartos de dia		pátios de arejamento feminino
	galeria masculina		enfermaria		pátios de arejamento masculino
	entrada/recepção		capela (construída em 1875)		pátios de arejamento
					jardins

Dados Gerais

Projectado por: Dr. Jacobi, médico psiquiatra

Função primária: modelo hospital psiquiátrico

Função atual: não foi construído

Número de pisos: 1

Área Terreno: 47.500m²

Área Implantação: 24.000m²

Área Bruta Construção: 24.000m²

Galeria feminina: 4.700m²

Galeria masculina: 4.700m²

0 10 30m

Figura 41: Planta de distribuição programática do modelo de Hospital do Dr. Jacobi

Fonte: Desenho do autor baseado em Gomes, Dr. Bernardino (1843). *Dos Estabelecimentos dos Alienados nos Estados Principales da Europa*.p.41

Após uma explanação individual dos modelos hospitalares referidos, apresenta-se uma comparação entre eles, onde se sintetiza as principais pontos que se consideram mais importantes: o programa e o modelo.

3.3.1 O programa

Ao analisar os modelos apresentados constata-se que são todos edifícios construídos de raiz e com a mesma designação funcional: asilos dos alienados ou hospital psiquiátrico.

Como método de sistematização de ideias apresentam-se esquemas funcionais de distribuição sobre a forma de organogramas (Fig.42 e Fig.43) para permitir uma visão simplificada da organização do programa, representando sucintamente os diferentes níveis e hierarquia espacial e a relação existente entre eles.

Através destes organogramas foi possível filtrar e salientar os espaços principais que configuram estes modelos hospitalares: a igreja e capela; as celas e as enfermarias e quartos de dia, que expomos mais adiante. Cruzando esta informação com a tese de Susan Piddock (2002) identificam-se elementos comuns, nomeadamente:

- .O posicionamento dos edifícios de modo a permitirem a entrada de luz natural e ventilação, sem que as construções criem sombras entre eles assim como nos pátios de arejamento;

- .Edifícios configurados claramente por duas alas que definem uma divisão por género, em que cada ala é composta por celas e quartos com os seus próprios assistentes;

- . O programa é disposto conforme o seu grau de privacidade, remetendo para o interior do terreno as celas de acordo com o grau de agitação do paciente;

- .Possuem pátios de arejamento individualizados por classes;

- .A galeria permite o acesso a todas as divisões de modo a evitar acessos cruzados e favorecendo a vigilância;

- .Uma capela ou igreja para uso dos pacientes;

- .A administração localiza-se no eixo central do conjunto edificado, geralmente a sul;

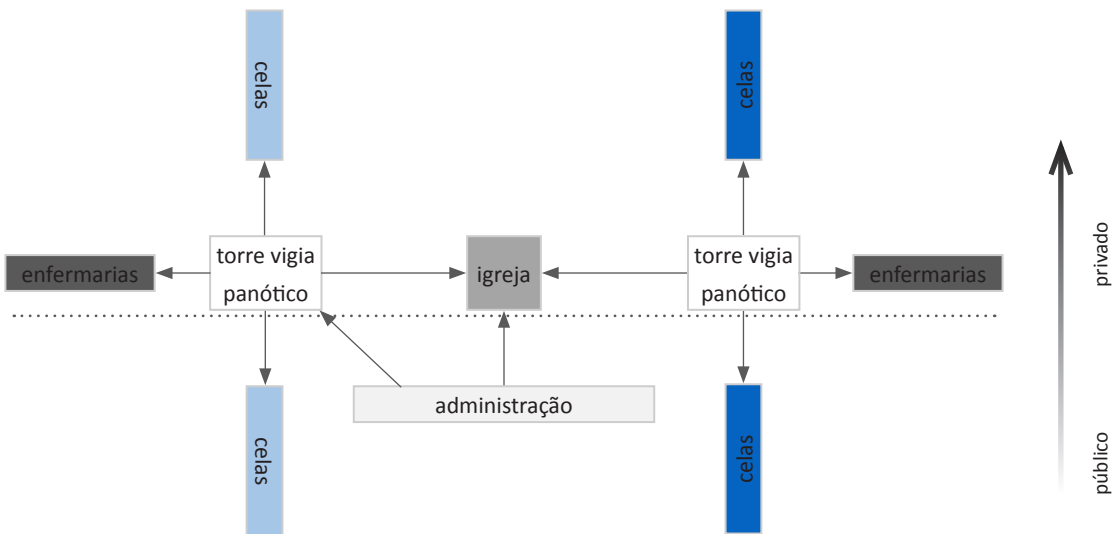
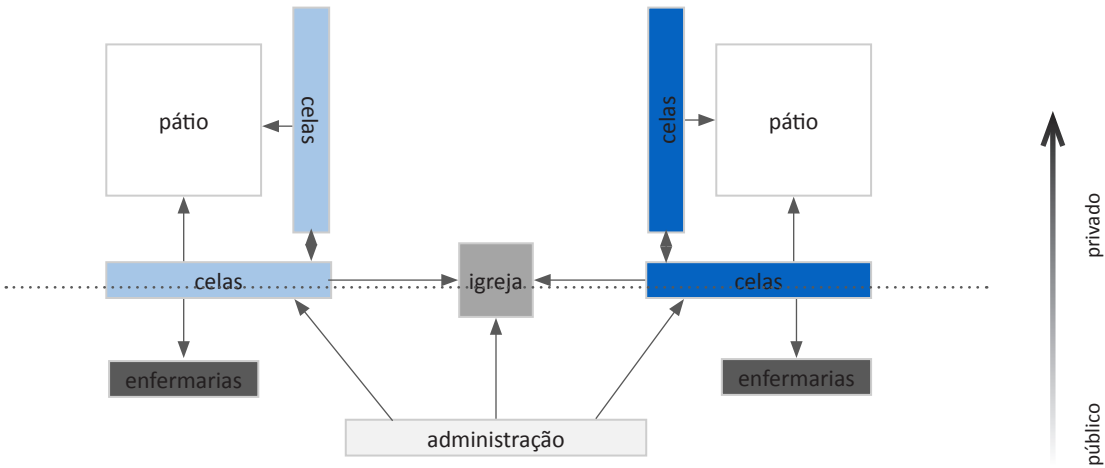
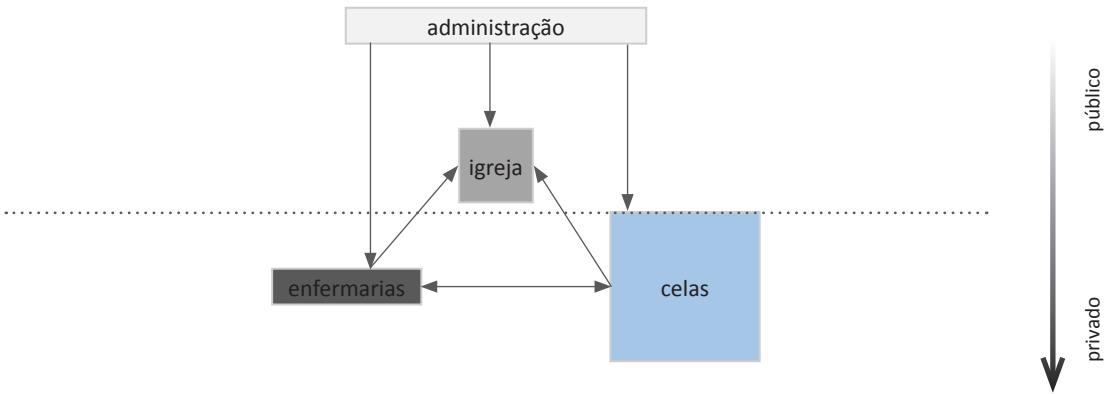


Figura 42: Organogramas de distribuição programática dos modelos internacionais
Fonte: Desenho de autor

.O alojamento é sobretudo sob a forma de celas individuais com a presença de alguns dormitórios.

Estes elementos são aqueles já defendidos pelo Dr. Jacobi em 1841.

Dos seis modelos referidos, a importância dada à vigilância é potenciada por um elemento comum, as torres de vigia. Estes espaços são definidores dos eixos sobre os quais se desenvolvem as alas e seguem um conceito de vigilância utilizado em prisões, o panótico de Jeremy Bentham.

3.3.2 A capela e igreja

Como já referimos anteriormente, a loucura era considerada pela sociedade do séc. XIX, como resultado de um comportamento imoral, pecaminoso, acreditando que todos aqueles que se desviavam das normas sociais deveriam ser iluminados por Deus.

Foi atribuída grande ênfase à orientação espiritual dentro destes asilos como se pode constatar na Lei de 1808 que estabeleceu que todos os asilos deveriam ter um capelão residente.

Nos casos expostos, e como se pode comprovar pelos organogramas, a capela ou igreja, é um elemento arquitetónico presente em todos eles, assumindo uma posição central localizando-se após o volume administrativo, com uma presença fortemente marcada por, de um modo geral, a sua cruz grega e a cúpula. De salientar a importância que assume no desenho de cada hospital analisado:

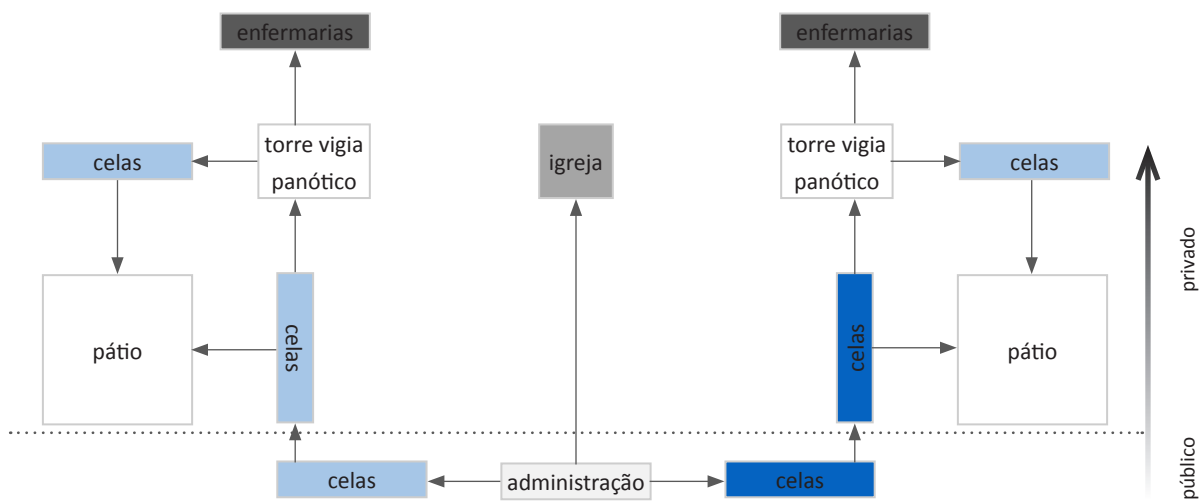
- . No Hospital de Betlhem (Fig.45) a cúpula encontra-se bem demarcada no desenho do alçado principal;

- . No Hospital de Salpêtrière (Fig.44) a sua volumetria compacta destaca-se de todo o conjunto edificado;

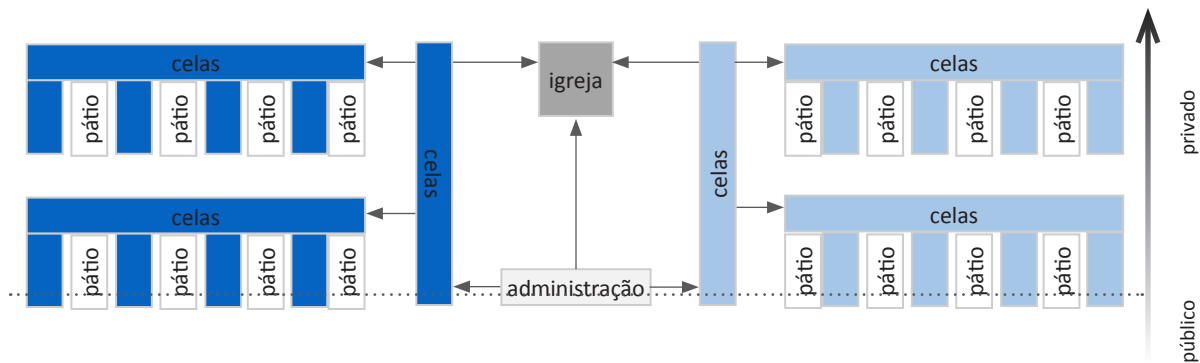
- . No Hospital de Wakefield (Fig.46) a importância da igreja, para além da sua implantação é reforçada pela data de construção que é a mesma do restante Hospital, o que indica que foi pensada de raiz;

- . No Hospital de Hanwell (Fig.47), mesmo com uma construção mais tardia face ao hospi-

HOSPITAL DE HANWELL. 1831 . Inglaterra



HOSPITAL DE CHARENTON . 1838 . França



HOSPITAL MODELO DR. JACOBI

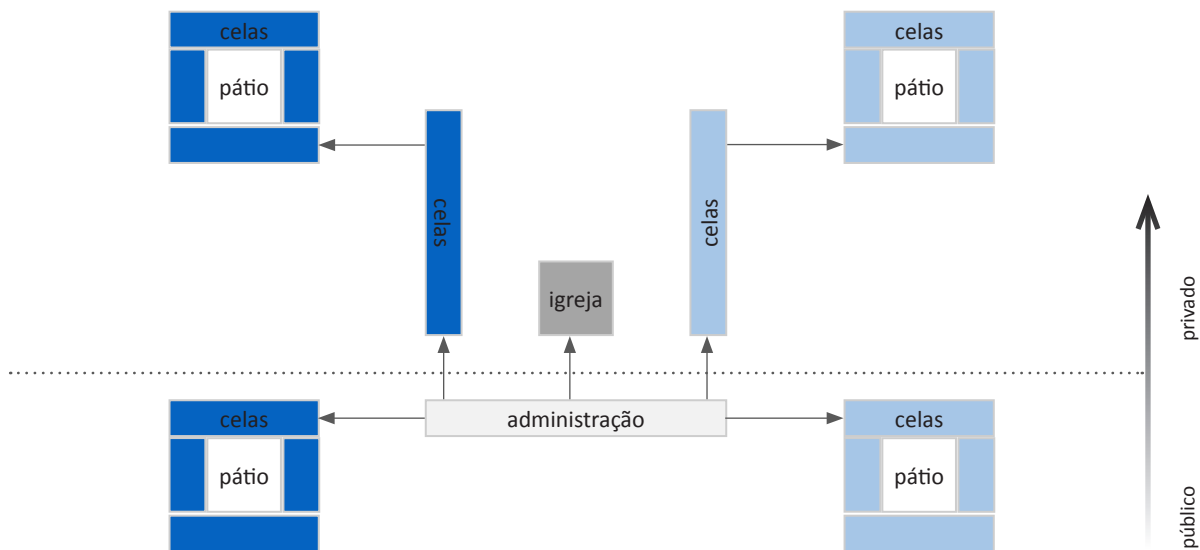


Figura 43: Organogramas de distribuição programática dos modelos internacionais
Fonte: Desenho de autor

tal, posiciona-se numa zona central de intersecção das alas;

. No hospital de Charenton (Fig.48), posiciona-se na parte central mais alta do terreno, com um claustro na cota inferior e um alçado com um frontão e imponentes colunas, remetendo-nos para um desenho de um templo grego.

A capela e/ou igreja assume-se claramente como o elemento fulcral no desenvolvimento destes modelos hospitalares psiquiátricos.

3.3.3 As celas

Através desta análise, verifica-se que os quartos constituem um elemento central na organização dos hospitais psiquiátricos desta época. Inicialmente denominados de celas, faziam justiça à sua designação pois apresentavam grandes similaridades com as prisões.

Dos exemplos analisados, as áreas rondam entre os 10m² e os 20m², com uma taxa de transparência em média dos 20%, o que comparando com as imagens exemplo, se conclui que eram de fato espaços pequenos com pouca iluminação natural.

Como já se referiu, nos casos analisados, existia não apenas a divisão por géneros mas também a divisão por estatuto social. Este fator fazia com que existissem além das celas, quartos com mais qualidade, melhores áreas, com vãos de maior dimensão, como se pode ver numa das imagens do Hospital de Betlhem e como foi princípio assumido no hospital de Charenton e no modelo defendido pelo Dr. Jacobi. Este conceito fez com que os edifícios se prolongassem no terreno criando mais áreas de circulações essencialmente através de galerias.

Este sentido de prisão encontra-se vincado pelos contínuos corredores com espaços de vigia no início dos mesmos, e nos casos de Hanwell e Wakefield mais acentuado pela presença de verdadeiras torres de vigia na intersecção das galerias.

Com estes elementos arquitetónicos bem definidos nos casos apresentados, conclui-se que nesta altura o hospital não era encarado como forma de tratamento mas espaços de contenção e de recolha de pessoas com perturbações mentais que não podiam viver em sociedade.

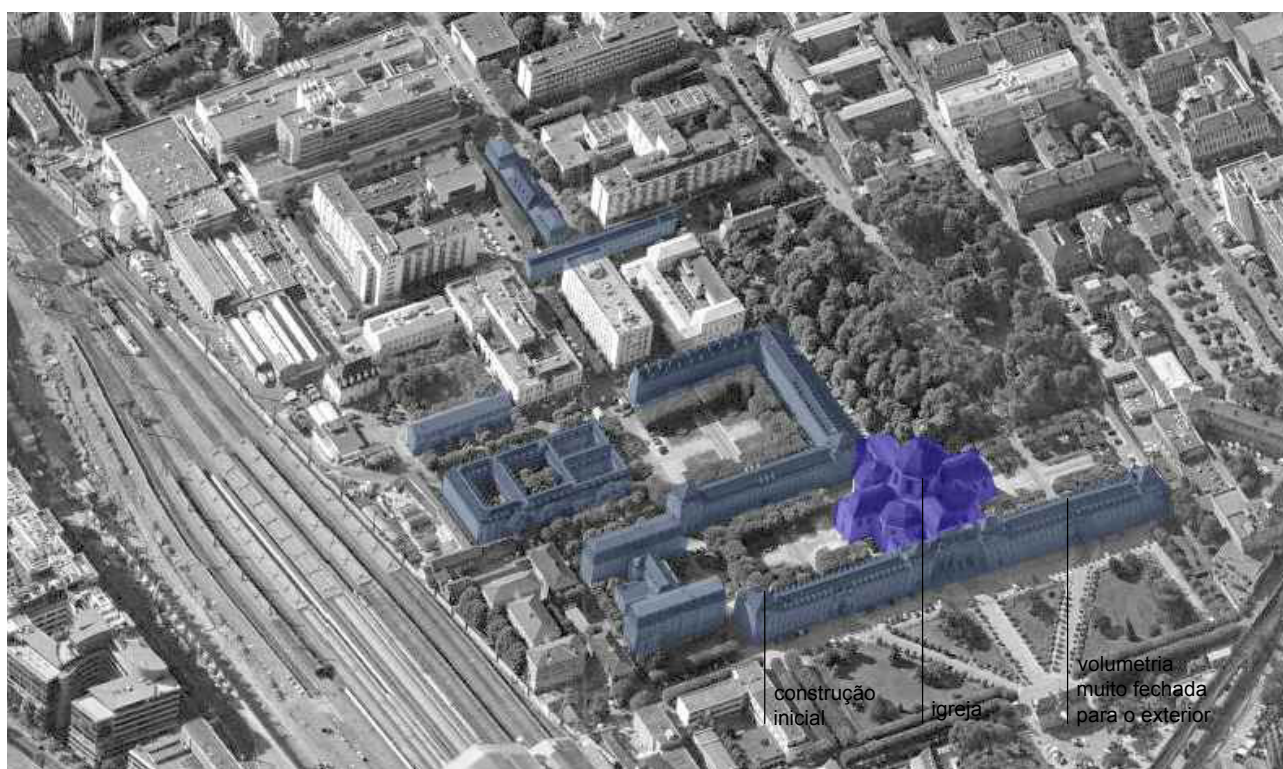


Figura 44: vista aérea do Hospital de Salpêtriere em França

Fonte: autor baseado em <http://www.bing.com/maps/>



Figura 45: desenho da fachada principal do Hospital de Bethlem em Inglaterra, 1817

Fonte: <http://wellcomeimages.org/>, 2013

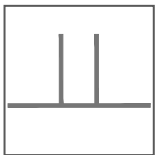
3.3.4 As enfermarias e os quartos de dia

As enfermarias e os quartos de dia foram duas das grandes conquistas do séc. XVIII com a primeira grande reforma psiquiátrica. As enfermarias pretendiam destacar-se deste modo dos dormitórios. Seriam espaços independentes com a função explícita de tratamento. Dos casos em análise, pela informação disponibilizada, apenas se conseguiu identificar a presença de enfermarias em dois hospitais: no hospital de Salpêtrière apresenta um volume destinado unicamente a esta função ao passo que no caso do hospital de Wakefield, as mesmas posiciona-se numa área central junto às torres de vigia.

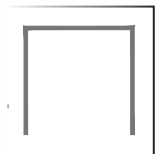
3.3.5 O Modelo

De acordo com o postulado pelo Dr. Jacobi e depois de toda a análise efetuada, podem-se classificar os edifícios dos exemplos estudados quanto à sua forma criando para esse feito esquemas de modelos tipológicos passíveis de serem aplicados e comparados entre eles.

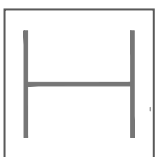
Esquemas tipológicos



modelo 1



modelo 1a



modelo 2

1. Modelo Linear ou Corredor- é um modelo apresentado inicialmente pelo Hospital de Bethlem. Uma das razões da sua preferência é que permitia a visão geral do supervisor ao centro, sem a inconveniência de plano radial (panótico) defendido por Bedlam.

É um plano “...em que todos os edifícios orientam-se numa linha recta...as divisões para pacientes masculinos e femininos nos seus respetivos lados, de tal modo que os convalescentes e os pacientes menos dementes ocupam as alas mais distantes”(Jacobi, 1841, p.135)

Trata-se de um modelo tipificado por um bloco central incluindo serviços administrativos, ladeado por duas longas alas, segregadas pelo sexo, construídas com dois pisos de altura, com uma galeria central de comunicação que percorre todo o comprimento do edifício. Hanwell por sua vez, apresenta o modelo linear do Bethlem mas deslocando as alas para os extremos do volume principal, formando um C (modelo 1a).

2. Modelo H – é uma variante do modelo linear e foi utilizado no Hospital de Wakefield

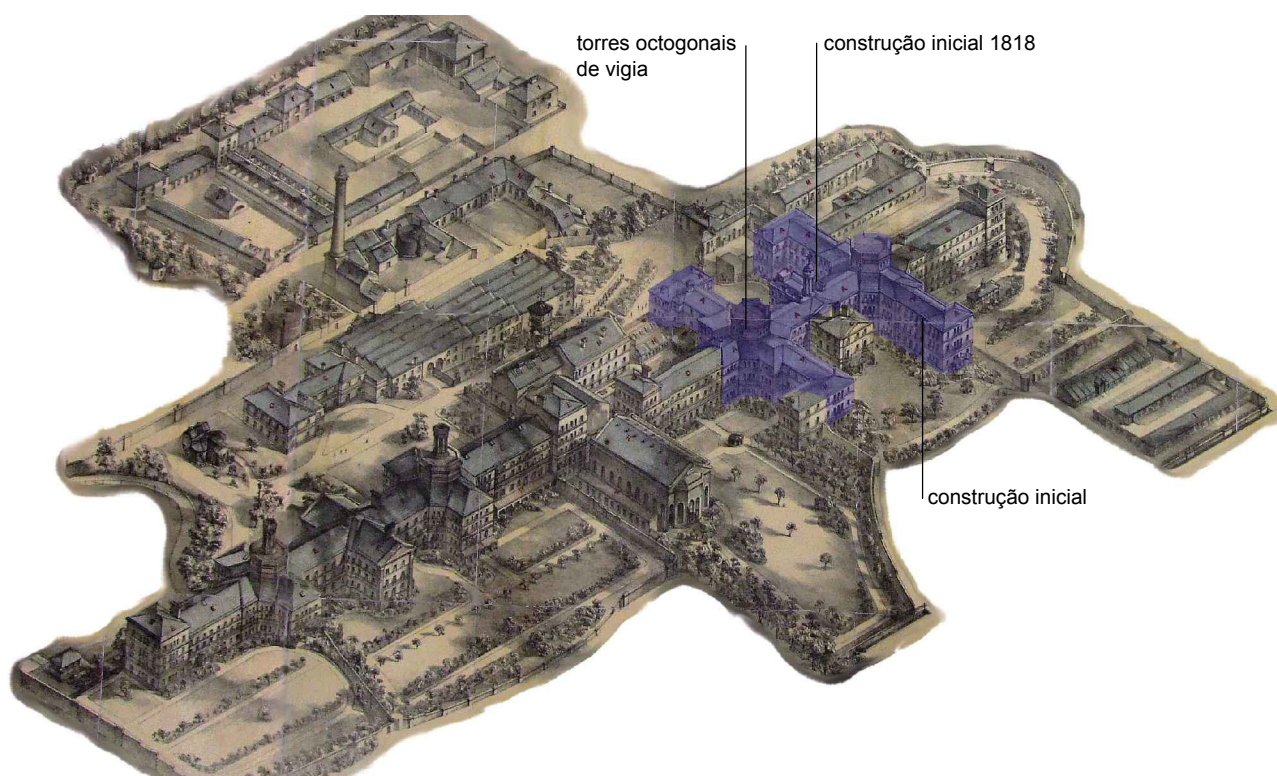


Figura 46: Vista aérea do Hospital de Wakefield em Inglaterra

Fonte: Desenho do autor baseado em imagem retirada de <http://asylumscience.com/wakefield/>

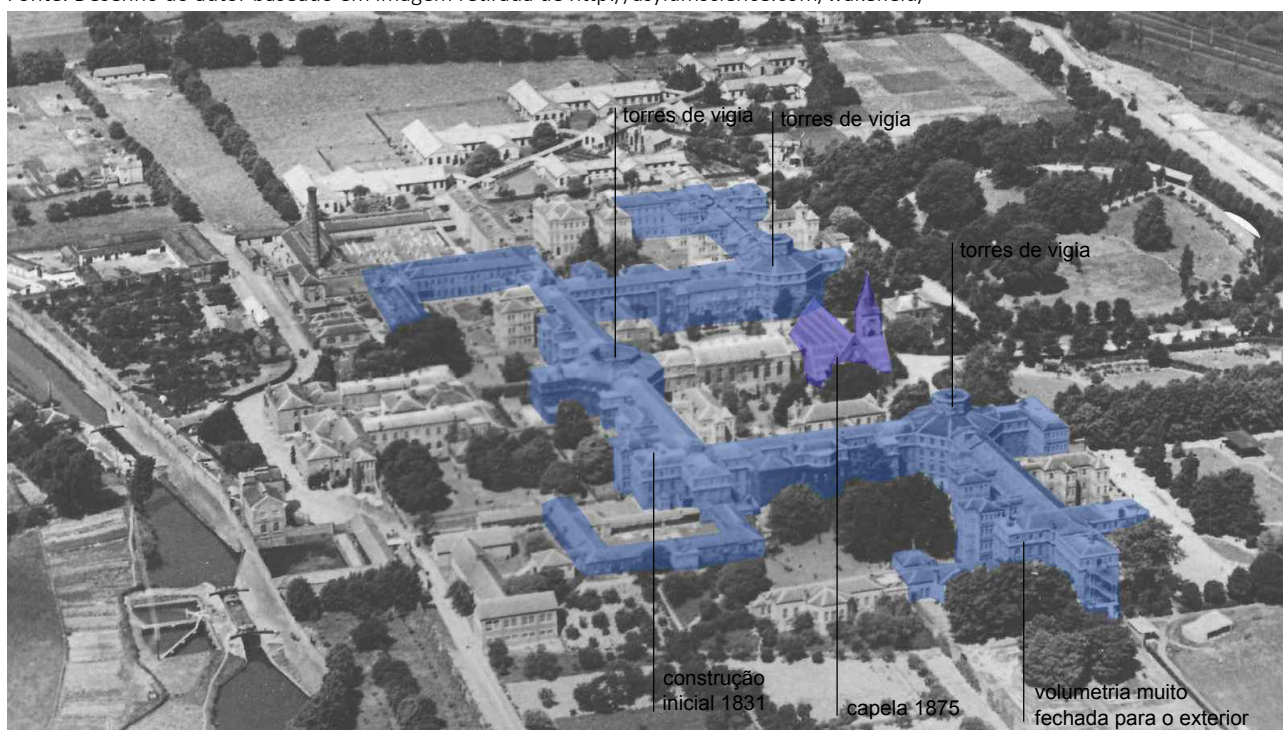
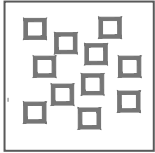


Figura 47: Vista aérea do Hospital de Hanwell em Inglaterra

Fonte: Desenho do autor baseado em https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Hanwell_aerial_view.jpg

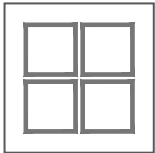
com duas longas alas separadas por sexos e em que no elemento que as une se localizam as áreas comuns e administrativas mas que apresenta na sua interseção duas torres octogonais que permitiam a visão ampla das alas, ao invés desta ser feita pela galeria ou corredor.



modelo 3

3. Modelo Pavilhões – modelo composto por vários elementos quadriláteros dispostos no terreno com relação entre eles. Pode-se identificar neste grupo o Hospital de Salpêtrière, caracterizado por vários pavilhões a norte com formas e funções distintas, apresentando no edifício central as diretrizes do modelo linear do Bethlem.

4. Modelo Quadrangular - modelo, como já referido anteriormente, proposto pelo Dr. Jacobi e que pode ser aplicado ao Hospital de Charenton.



modelo 4

Estes modelos tipológicos são de seguida apresentados em forma de esquema (Fig.49) que relaciona cada modelo de hospital analisado com o seu tipo de construção e localização, para que, de uma forma expedita se compreenda quais os pontos em comum.

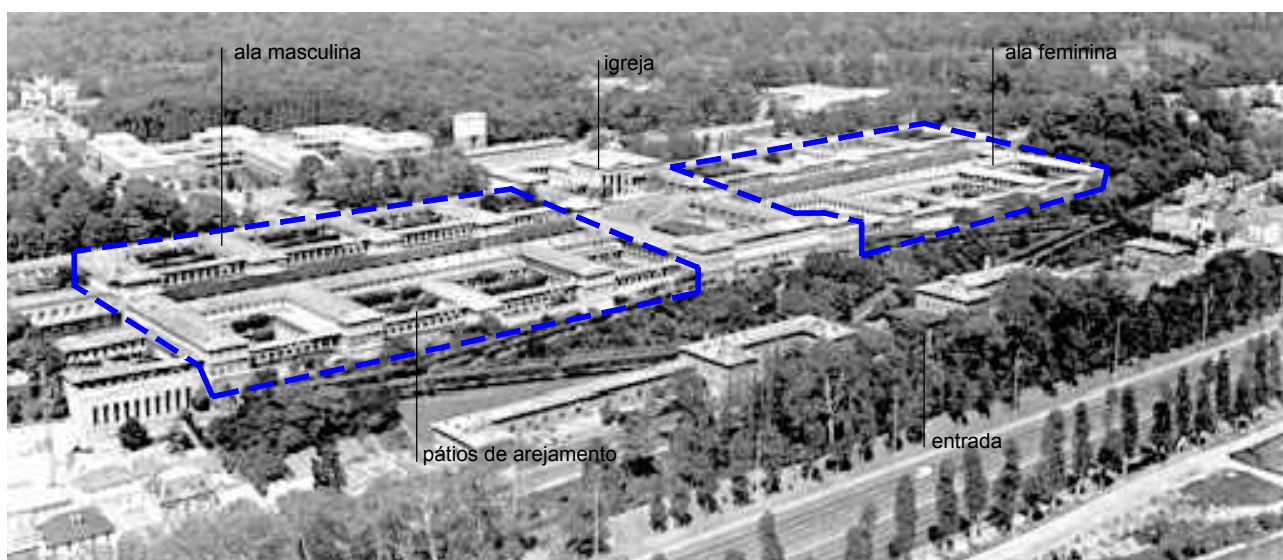


Figura 48: Vista aérea do Hospital de Charenton em França, 1977

Fonte: Desenho de autor baseado em imagem fornecida por Inventaire général du patrimoine culturel, Paris

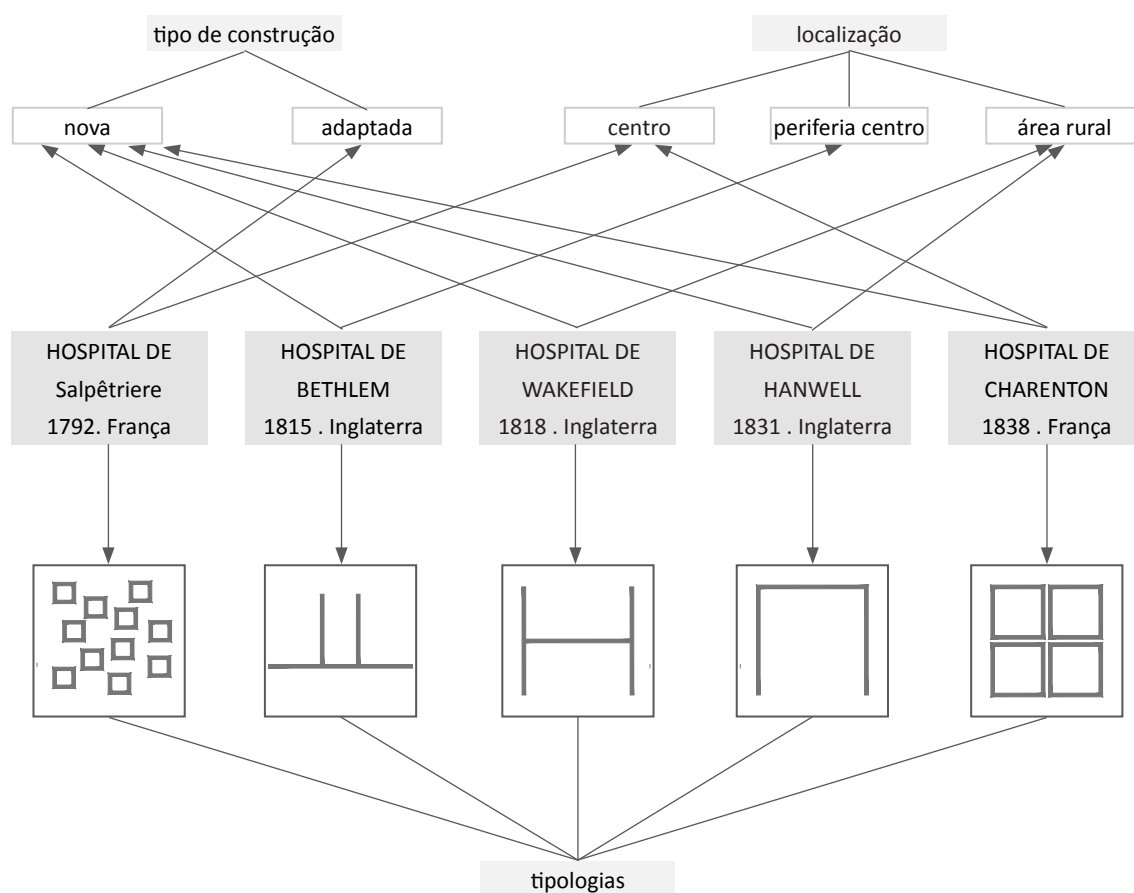


Figura 49: Esquema comparativo dos modelos internacionais

Fonte: Desenho de autor

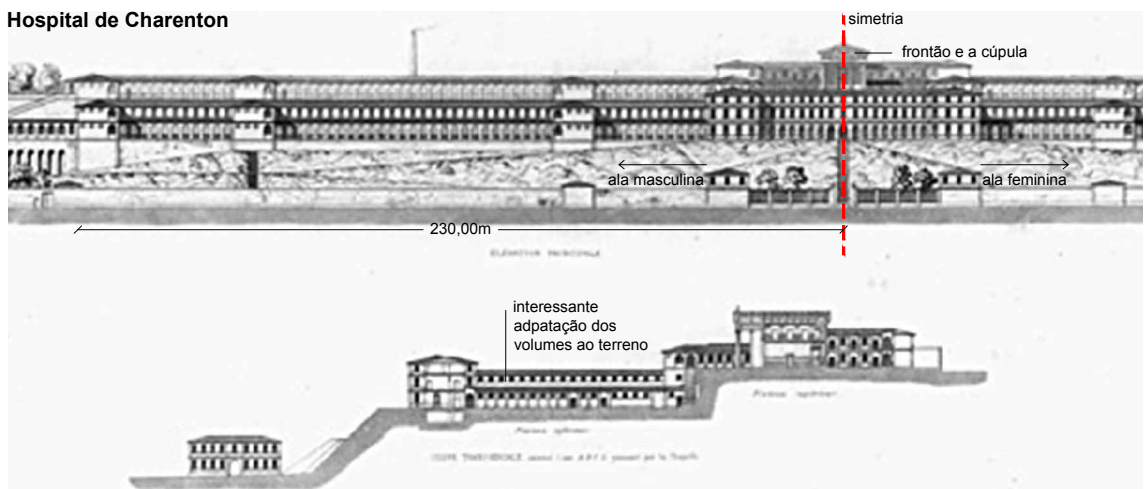
Neste sub capítulo vamos analisar não apenas a relação que estes modelos de edifícios psiquiátricos tinham com o exterior através da sua volumetria e alçados, mas sobretudo de que modo era feita a interação do espaço confinado ao paciente com esse mesmo exterior através do desenho das janelas.

Quando comparados os alçados (Fig.50) verificamos que os edifícios principais são claramente definidos por um eixo de simetria, marcado por uma entrada cujo desenho é evidenciado por normalmente um frontão, aparecendo em segundo plano a cúpula da capela ou da igreja.

Os alçados, compostos por dois e três pisos, são ritmados pela verticalidade dos vãos altos e estreitos contrastando com a horizontalidade assumida pela volumetria comprida, em média com duzentos metros, e a marcação das lajes dos pisos.

Todos eles possuem embasamento na ordem de um metro de altura que permitia que o edifício se afastasse do solo, possivelmente para arejamento de um vazio sanitário e de modo a dificultar o visãõ para o interior do edifício desde a rua.

Hospital de Charenton



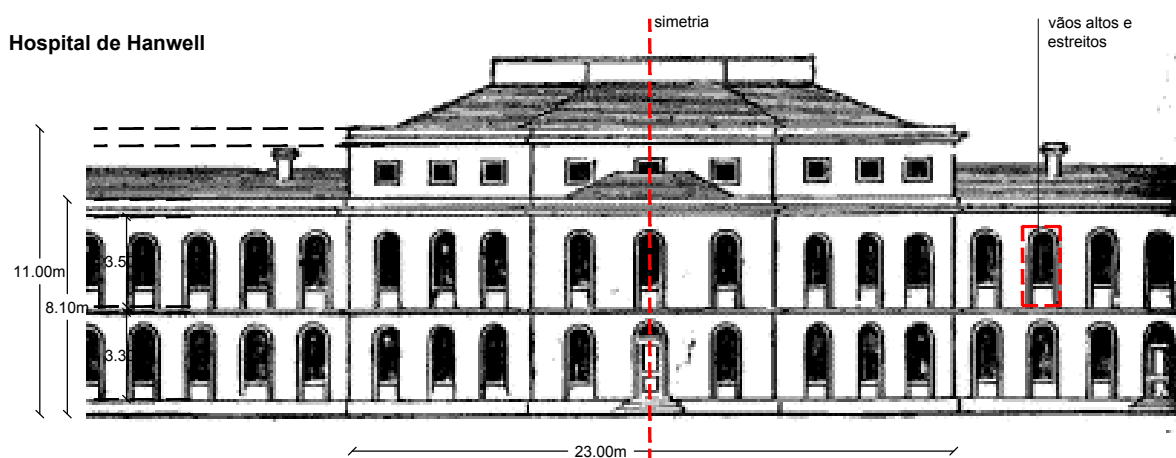
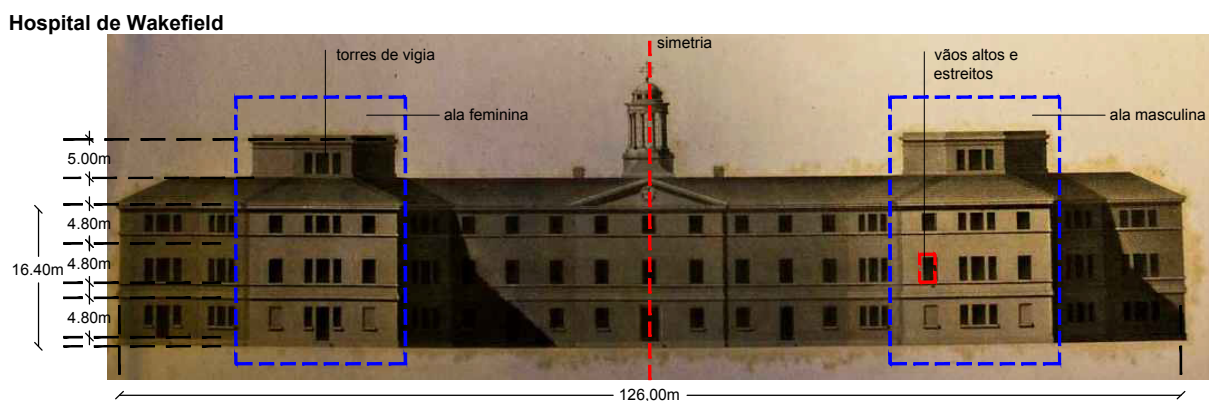
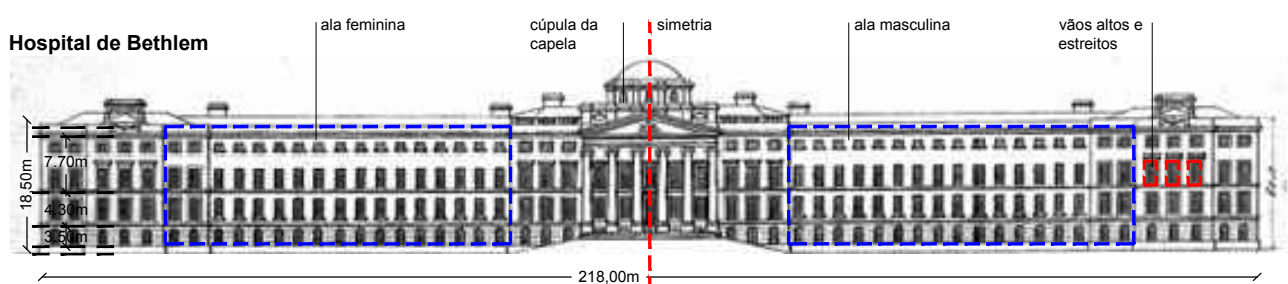
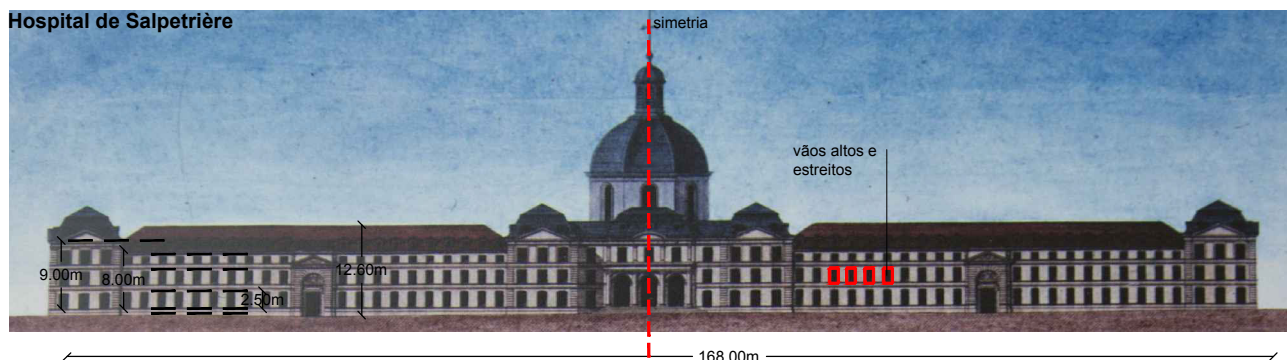


Figura 50: Análise dos alçados dos modelos internacionais
 Fonte: Desenho do autor baseado em imagens recolhidas

Para este estudo ser mais completo é importante referir a articulação dos vãos exteriores como elementos dos alçados mas sobretudo a sua importância na vivência do espaço interior, neste caso mais concretamente no desenvolvimento do espaço da cela.

Deste modo, utiliza-se uma metodologia de análise que passa pela representação esquemática dos vãos exteriores composta por um corte e um alçado (Fig51.), onde se demonstra a entrada da luz e o tipo de ventilação que é feita, com o intuito de verificar o que possa ter ou não evoluído.

Em todos os exemplos foi sempre garantida a ventilação natural e a iluminação.

Nos casos dos hospitais psiquiátricos de Bethlem e de Wakefield, a estas questões de salubridade, é notória a preocupação com a segurança. Deste modo as janelas encontram-se a mais de dois metros acima do pavimento e as suas dimensões são bastante reduzidas.

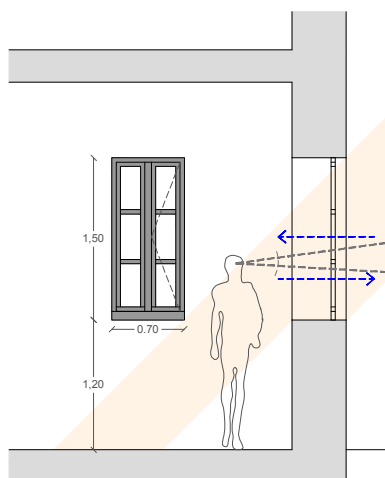
No Bethlem a janela é apenas um rasgo feito na parede no qual a ausência de vidro e a colocação de barras de ferro, mantém ainda presente a ideia de prisão. A relação do paciente com o exterior é quase nula.

Em Salpêtrière, relacionado como já vimos com a libertação, a noção de prisão deixa de existir com a presença de uma janela mais alta, mais próxima do pavimento, favorecendo a entrada de luz natural e uma visibilidade franca para os pátios envolventes. Contudo, a largura estreita em que apenas uma das folhas abre, remete-se ainda para o receio de fuga do paciente.

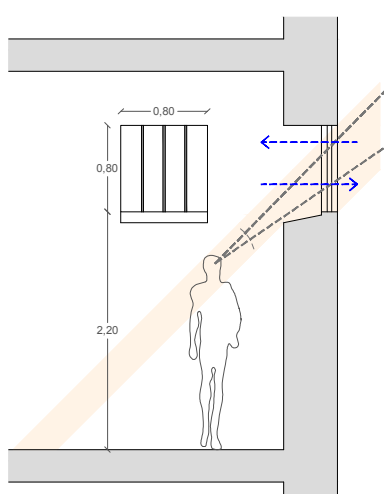
A maior proximidade do paciente com o exterior e um espaço interior mais iluminado, foi reforçado com a tendência bem visível no aumento das dimensões dos vãos, presente nos exemplos de Hanwell e de Charenton.

O desenho das caixilharias tende a ser mais elaborado, contudo as aberturas sempre controladas e colocadas na parte superior.

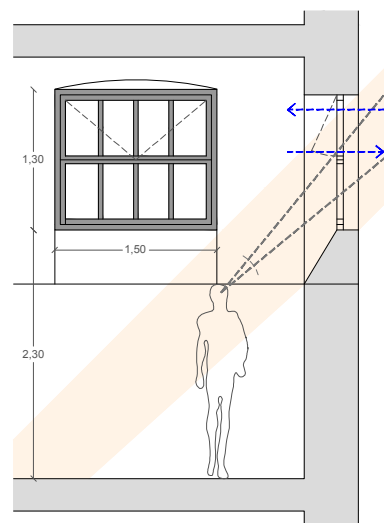
Seguem-se umas imagens elucidativas dos vãos apresentados.



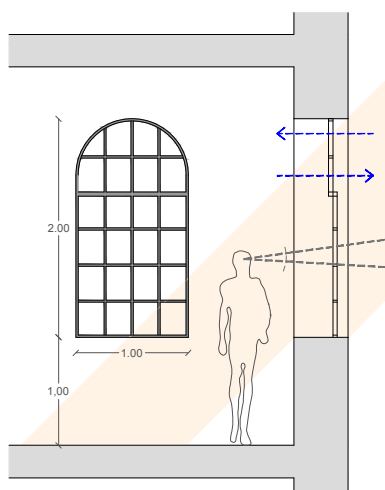
OBRA	HOSPITAL DE SALPÊTRIÈRE
LOCALIZAÇÃO	celas
CARACTERÍSTICAS	2 janelas de abrir
DIMENSÕES (l x al)	0.70x1.50
MATERIAL	madeira
VIDROS	vidro simples



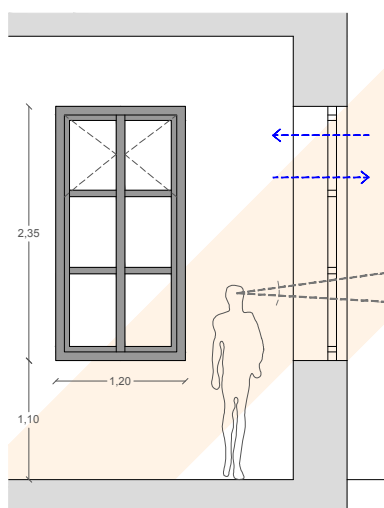
OBRA	HOSPITAL DE BETHLEM
LOCALIZAÇÃO	celas
CARACTERÍSTICAS	abertura na parede
DIMENSÕES (l x al)	0.80x0.80m
MATERIAL	barras de ferro
VIDROS	-



OBRA	HOSPITAL DE WAKEFIELD
LOCALIZAÇÃO	celas
CARACTERÍSTICAS	janela fixa + janela basculante
DIMENSÕES (l x al)	1.50 x 1.30m
MATERIAL	madeira
VIDROS	vidro simples



OBRA	HOSPITAL DE HANWELL
LOCALIZAÇÃO	celas
CARACTERÍSTICAS	janela fixa + janela de guilhotina
DIMENSÕES (l x al)	1.00 x 2.00m
MATERIAL	ferro
VIDROS	vidro simples



OBRA	HOSPITAL DE CHARENTON
LOCALIZAÇÃO	celas
CARACTERÍSTICAS	janela fixa + janela de batente
DIMENSÕES (l x al)	1.20 x 2.35m
MATERIAL	madeira
VIDROS	vidro simples

Figura 51: Esquemas funcionais dos vãos exteriores das celas dos modelos internacionais

Fonte: Desenho de Autor

Hospital de Salpêtrière. 1792. Paris. França



Figura 52: Vista exterior de uma cela feminina (esquerda) e corredor exterior de acesso às celas (direita)

Fonte: <http://parisisinvisible.blogspot.pt/2009/05/gunpowder-and-pity.html>

Hospital de Bethlem . 1815 . St. George's Field . Londres . Inglaterra



Figura 53: Pintura do corredor de acesso às celas (esquerda) e Pintura interior de uma cela (direita)

Fonte: William Hogarth (1697-1764). The Rake's Progress, Plate VIII "Scene in Bedlam," e <http://johnjohnson.wordpress.com>

Hospital de Wakefield. 1818 . Wakefield . Inglaterra



Figura 54: Vista exterior das celas (esquerda) e corredor de acesso e interior da cela (direita)

Fonte: <http://www.simoncornwell.com/urbex/projects/sr/images/index.htm>

Hospital de Hanwell. 1831 . Hanwell. Londres . Inglaterra



Figura 55: Vista exterior das celas (esquerda) e imagem interior de uma cela (direita)

Fonte: <http://londonhistorians.wordpress.com/2013/08/26/the-hanwell-asylum/>

Hospital de Charenton. 1838 . Paris . França

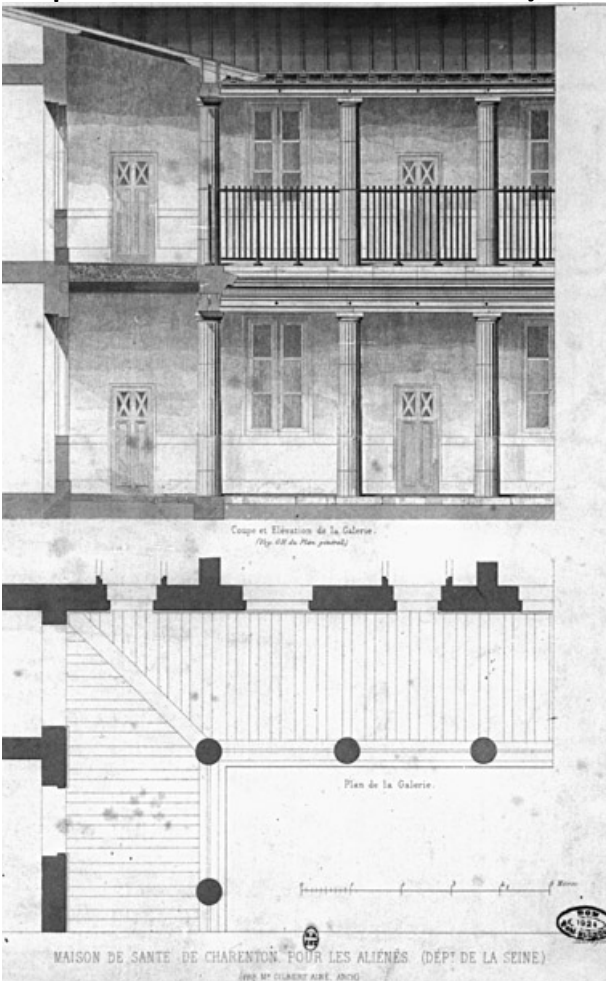


Figura 56: Alçado de uma galeria dos convalescentes (esquerda) e imagem de uma galeria dos convalescentes (direita)

Fonte: Inventaire général du patrimoine culturel, Paris

Desde a antiguidade oriental e antiguidade clássica, se julgou que ocupar o doente, dando-lhe bem estar, facilitava a sua integração social. Os egípcios ocupavam os doentes mentais com tarefas simples como passeios pelos jardins.

Apresenta-se de seguida algumas ilações retiradas da análise dos espaços exteriores dos hospitais psiquiátricos em questão de modo a perceber em que sentido evoluíram.

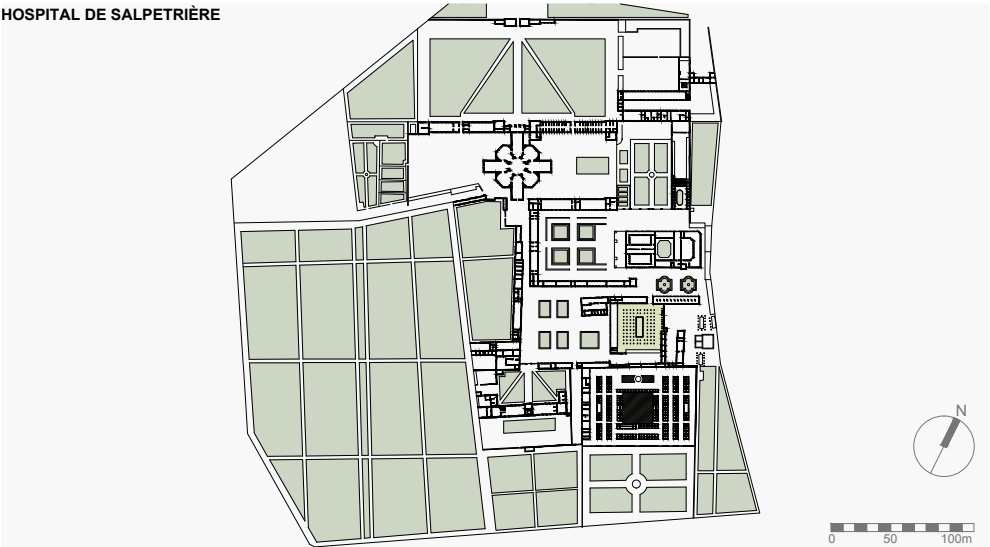
Analisando as diferentes plantas (Fig.57 e Fig.58) concluí-se que os jardins se encontram no eixo dos Hospitais, na zona frontal de acesso à entrada, exceto no Hospital de Salpêtrière, onde os jardins estão espalhados por todo o terreno, em forma de canteiros, pequenos e grandes jardins.

A forma simétrica dos edifícios, divididos por sexos, sendo o lado direito a ala feminina e do lado esquerdo a ala masculina, proporciona a cada ala pátios de arejamento individualizados, apesar do Hospital Salpêtrière nesta situação também podera ser uma exceção pois é apenas um Hospital que recebia doentes do sexo feminino.

Destaca-se o Hospital Wakefield onde os pátios estão distribuídos conforme a classe em que o doente está inserido. Classificados na primeira classe estão os doentes convalescentes, na segunda classe os designados como furiosos e na terceira classe os tranquilos.

No Hospital Hanwell existem pátios de arejamento mistos, localizados no eixo do edifício, podendo os doentes frequentá-lo sem restrição, no caso dos doentes permitidos.

HOSPITAL DE SALPETRIÈRE



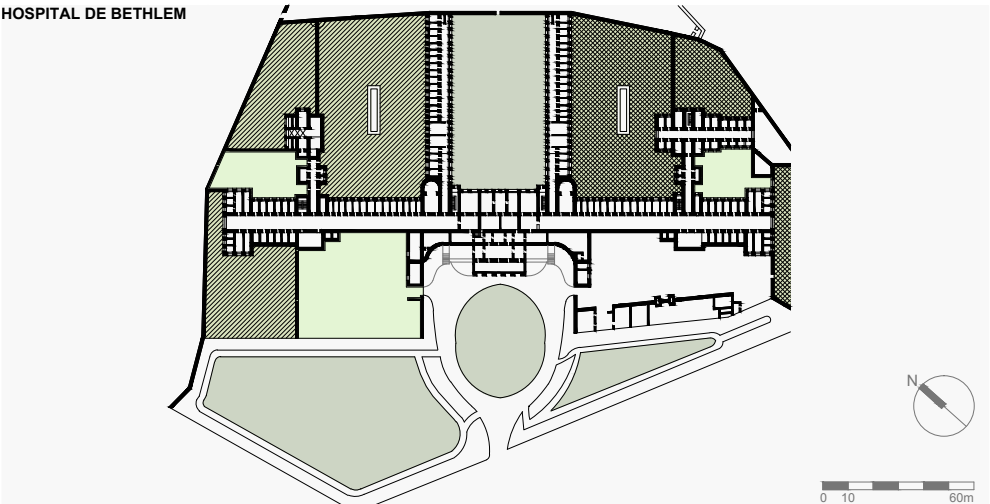
Áreas gerais

Pátios Fem.: 800m²
Pátios: 1.420m²
Jardins: 74.700m²

Legenda

- pátios de arejamento feminino
- pátios de arejamento
- jardins

HOSPITAL DE BETHLEM



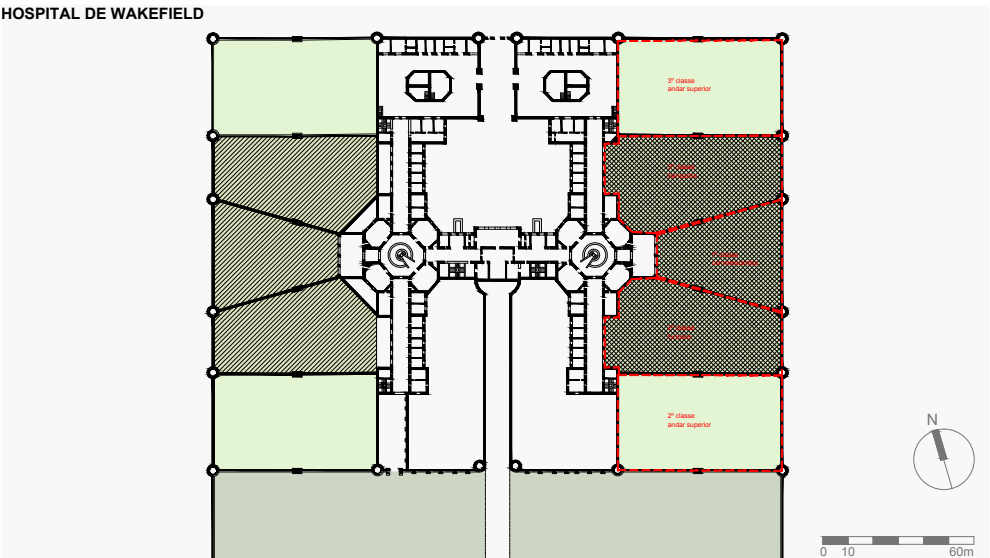
Áreas gerais

Pátios Fem. e Masc.: 8.900m²
Pátios: 2.800m²
Jardins: 8.200m²

Legenda

- pátios de arejamento feminino
- pátios de arejamento masculino
- pátios de arejamento
- jardins

HOSPITAL DE WAKEFIELD



Áreas gerais

Pátios Fem. e Masc.: 11.000m²
Pátios: 9.700m²
Jardins: 32.600m²

Legenda

- pátios de arejamento feminino
- pátios de arejamento masculino
- pátios de arejamento
- jardins

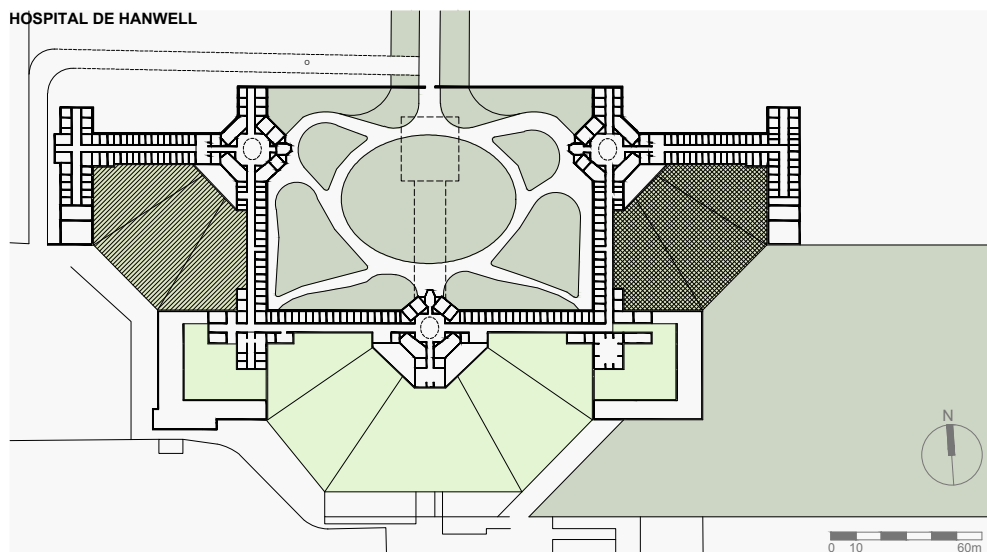
Figura 57: Plantas dos espaços exteriores dos modelos internacionais

Fonte: Desenho de Autor

O Hospital de Salpêtrière, como se referiu anteriormente, trata-se de uma exceção e por essa mesma razão os pátios não são abundantes. Podemos referir, pela informação recolhida, que apenas existia um pátio de arejamento, localizado no centro da zona onde os quartos de dia estavam situados, contrariando dessa forma o desenho de pátios dos restantes Hospitais, onde os pátios de arejamento eram circundantes a cada ala. Talvez por Salpêtrière se tratar de um Hospital apenas feminino não havia a necessidade dessa separação. Por outro lado, os jardins, assim como pequenos canteiros, abundavam e percorriam todo o terreno do Hospital, podendo usufruir de espaço verde em qualquer que fosse a localização do doente. Estando a par em termos de percentagem com 46% do Hospital Hanwell e 45% o Hospital de Wakefield.

Destacam-se os modelos de Charenton e do Dr. Jacobi nos quais é bem patente a forma como o construído desenha o espaço vazio. A distribuição programática configuram os pátios fazendo-os parte integrante do mesmo, realçando a importância dada pelos autores aos espaços verdes, assumindo 53% do terreno no caso do hospital de Charenton.

Com a análise do quadro síntese efetuado, pode-se aferir que o Hospital de Wakefield, o Hospital de Hanwell e o Hospital de Charenton detêm a maior percentagem de área ajardinada em relação ao seu terreno, chegando aos 50% de áreas verdes, assim como maioria da ocupação de terrenos com pátios, alcançando 13% do terreno, apesar de a percentagem ser inferior que o Hospital de Bethlem e o Hospital Dr. Jacobi no que diz respeito ao pátios da ala feminina e ala masculina. É notório o crescendo de áreas neste campo da arquitetura.





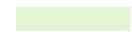

Áreas gerais

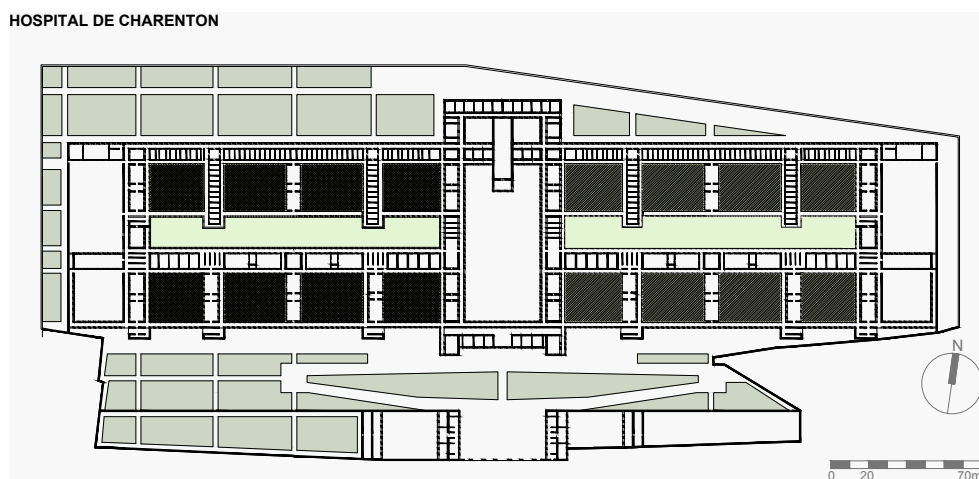
Pátios Fem. e Masc.: 7.900m²

Pátios: 8.100m²

Jardins: 28.400m²

Legenda

-  pátios de arejamento feminino
-  pátios de arejamento masculino
-  pátios de arejamento
-  jardins



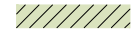

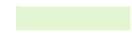

Áreas gerais

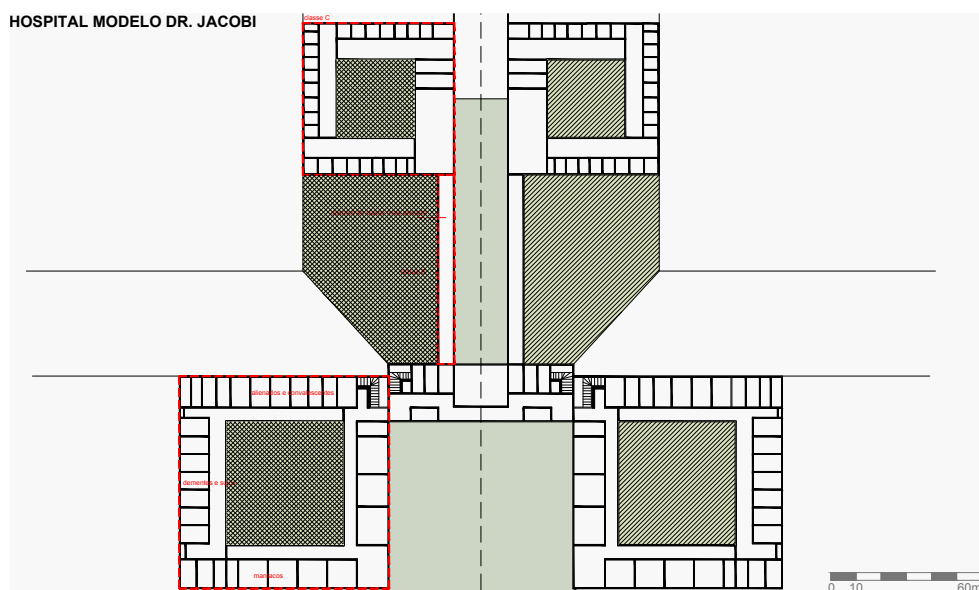
Pátios Fem. e Masc.: 12.000m²

Pátios: 4.600m²

Jardins: 46.000m²

Legenda

-  pátios de arejamento feminino
-  pátios de arejamento masculino
-  pátios de arejamento
-  jardins



Áreas gerais

Pátios Fem. e Masc.: 13.180m²

Pátios: -

Jardins: 15.300m²

Legenda



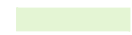

-  pátios de arejamento feminino
-  pátios de arejamento masculino
-  pátios de arejamento
-  jardins

Figura 58: Plantas dos espaços exteriores dos modelos internacionais

Fonte: Desenho de autor

A análise efetuada é de seguida apresentada sobre a forma de um quadro resumo (Fig.59) que sistematiza toda a informação recolhida e que estabelece uma comparação objetiva dos modelos de hospitais analisados com os pontos considerados mais relevantes.

Numa primeira parte uma informação genérica com o ano, localização, funções primária e atual e uma média de pisos seguidas das dimensões gerais da cércea e da fachada principal. Num segundo grupo são descritas as diferentes áreas em que se apresenta comparativamente a relação das taxas de ocupação do programa interior e dos jardins e pátios com o terreno. Estes elementos percentuais revelam-se interessantes na medida em que permitiu reforçar com dados numéricos a importância do espaço verde neste tipo de edificado.

Noutro grupo apontam-se os modelos que possuem diferenciação por géneros e classes, igreja ou capela e enfermarias, terminando com um comparativo entre os vãos exteriores e as celas em que através das suas dimensões foi possível estabelecer uma percentagem de transparência e facilmente concluir que, de fato, existiu uma evolução nessa matéria.

Figura 59: Quadro Síntese dos modelos internacionais

	Hospital de Salpêtrière	Hospital de Bethlem	Hospital de Wakefield	Hospital de Hanwell	Hospital de Charenton	Hospital Dr. Jacobi
ano	1792	1815	1818	1831	1838	-
localização	Paris	Londres	Wakefield	Hanwell	Paris	-
função primária	Hospital Psiquiátrico feminino	Hospital psiquiátrico	Asilo dos alienados	Asilo dos alienados	Asilo dos alienados	-
função actual	Hospital Geral	Museu de Guerra Imperial	Apartamentos habitação	West London Mental Health	Hospital psiquiátrico	-
nº de pisos (média)	3	2	3	2	1 e 2	1
Dimensões Gerais(m)						
cércea dominante	13,00	18,50	19,50	11,00	-	-
fachada principal	168,00	218,00	126,00	297,00	-	240,00
Áreas (m2)						
terreno	162.000	36.750	73.000	62.300	86.900	47.400
implantação	12.000	7.500	8.900	11.600	25.100	24.000
área bruta construção	36.000	15.000	26.700	23.200	37.600	24.000
galerias Fem. % ocupação da abc	1.520 4%	3.000 20%	9.000 34%	3.400 15%	7.300 19%	4.700 20%
galerias Masc. % ocupação da abc	0 0%	3.200 21%	9.000 34%	3.400 15%	7.300 19%	4.700 20%
enfermarias % ocupação da abc	745 2%	0 0%	504 2%	0 0%	desconhecido -	desconhecido -
pátios F e M % ocupação do terreno	800 0%	8.900 24%	11.000 15%	7.900 13%	12.000 14%	13.180 28%
pátios % ocupação do terreno	1.420 1%	2.800 8%	9.700 13%	8.100 13%	4.600 5%	0 0%
jardins % ocupação do terreno	74.700 46%	8.200 22%	32.600 45%	28.400 46%	46.000 53%	15.300 32%
Programa						
diferenciação por géneros	apenas feminino	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
diferenciação por classes	desconhecido	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
capela/igreja	sim	Sim	Sim	Sim	Sim	desconhecido
enfermarias	sim	Não	Sim	Não	desconhecido	desconhecido
Vãos exteriores						
celas						
dimensão	1,00x1,10m	0,80x0,80m	1,50x1,30m	1,00x2,00m	1,20x2,35	-
área	1,10m2	0,64m2	1,95m2	2,00m2	2,82m2	-
material	ferro	ferro	madeira	ferro	madeira	-
Celas dominantes						
dimensões (c x l x al)	1,60x2,00x2,60m	4,60x2,70x3,50m	4,80x3,80x3,30m	4,50x2,20x3,50m	5,60x2,40x4,10	12,00x6,60m
área	3,20m3	12,42m2	18,24m2	9,90m2	13,44m2	79,20m2
% de transparência	21%	15%	16%	26%	29%	-

Fonte: Desenho de autor

Paralelamente ao desenvolvimento dos hospitais psiquiátricos pela Europa, também em Portugal começaram a surgir as primeiras linhas para o tratamento dos doentes mentais e alienados.

Surge na história da psiquiatria portuguesa o nome de Clemente Bizarro, que desde os anos de 1835 vinha a denunciar e a revelar a cruel situação em que os alienados se encontravam em Portugal.

Em 1836, Bizarro salienta numa sessão da Sociedade das Ciências médicas, que

“(...) um não sei que me embarga o descrever os insalubres, os pavorosos, e os acanhados recintos, onde confusamente são misturados e em contacto com mais duzentos alienados de manias tão opostos e que por isso exigem cuidados tão diversos” (Pina, 1938, p. 420).

Em termos de prestação de cuidados aos doentes mentais portugueses, pode-se dizer que o período evolutivo ocorreu entre os anos de 1867 e 1971 com a criação dos manicómios, maternidades e sanatórios, com o propósito de desenvolvimento dos espaços destinados à saúde mental, que segundo Graça (1997) ocorreram em três fases distintas:

A primeira fase ficou conhecida como a hospitalização psiquiátrica, que ocorreu entre os anos de 1848 e 1945 correspondendo o seu início à criação da primeira instituição destinada ao tratamento dos doentes mentais, o Hospital de Rilhafoles, hoje conhecido como Hospital Psiquiátrico Miguel Bombarda (Fig.59), após verificarem que as enfermarias do Hospital São José em Lisboa, nas quais se encontravam alienados, sobretudo do sexo feminino, não apresentavam condições para que estes fossem verdadeiramente tratados, tornando-se aqui a realização da primeira procura por um espaço que permitisse acolher estes alienados.

Surge então António Maria Sena, figura incontornável da história da psiquiatria em Portugal, que com a sua obra *Os alienados de Portugal* (2003) possibilitou que esta área começasse a ser desenvolvida dentro do défice científico e cultural no qual o país se encontrava (Santos, 2011).

Segue-se um segundo período, que vai de 1945 até 1970, ocorrendo a regionalização e descentralização dos serviços de saúde mental, pautado pelo desenvolvimento e criação de mais espaços para o tratamento dos doentes mentais.

Por fim, a última fase ocorre a partir de 1971, através da integração e reconhecimento da psiquiatria e da saúde mental como áreas importantes no sistema de saúde pública e no subsistema de cuidados de saúde primários (Graça, 1997).

Mais a norte, mais concretamente no Porto, é colocado em funcionamento no ano de 1883 o Hospital de Conde Ferreira (Fig.61), pertencente à Misericórdia do Porto, construído com a herança de um benemérito. Este hospital, para o qual foram transferidos os doentes mentais viria a se tornar na grande escola dos alienistas em Portugal, em que vários foram os médicos que por lá passaram para aprimorarem os seus conhecimentos, de entre os quais se destacam António Maria de Sena, Magalhães Lemos, Júlio de Matos (Fig.62), Maximiliano Lemos e Urbano Peixoto. Estes médicos afirmaram-se como sendo a primeira geração de psiquiatras portugueses e aos quais muito se deve não apenas no desenvolvimento e adaptação da arquitetura para o tratamento de doentes mentais, mas também no processo de desenvolvimento da primeira legislação de assistência à loucura, na qual surge a primeira distinção entre hospitais e asilos (Mira, 1947).

Finalmente, em 1958 é criado o Instituto de Assistência Psiquiátrica, que reforçou o carácter intervencionista do Estado Novo, ao mesmo tempo que formaliza a criação, desenvolvimento e implementação de uma rede de apoio primária, hospitalar e de estabelecimentos de institucionalização a nível nacional para os doentes mentais (Mira, 1947).

Assim sendo, partindo deste primeiro esboço sobre o desenvolvimento da história da psiquiatria em Portugal, juntamente com o desenvolvimento das primeiras instituições de tratamento e institucionalização para os doentes mentais, seguir-se-á a apresentação dos diferentes hospitais já aqui mencionados, salientando não só as suas características arquitectónicas, mas também o impacto que eles produziram na evolução da própria visão da doença mental em



Figura 59: Hospital Miguel Bombarda em Lisboa - vista da entrada principal

Fonte: <http://www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/galeria>



Figura 60: Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro- vista aérea do conjunto edificado

Fonte: <http://www.imagem.ufrj.br>, 2014

Portugal. Relembra-se que parte do trabalho desenvolvido em Portugal, quer ao nível da construção, quer ao nível do tratamento dos alienados, teve como ponto de partida os trabalhos desenvolvidos por Pinel, dando-se aqui continuidade aos mesmos.

Surgirá nesta análise o Hospício D. Pedro II (Fig.60) , que, apesar de estar localizado no Brasil, outrora colónia portuguesa, teve uma influência direta no que se iria passar em Portugal.

Uma falta importante neste estudo são os dados referentes ao Hospital Magalhães Lemos cuja construção, de acordo com o Decreto-Lei nº39 306 de 10 de Agosto, estava prevista desde 1953 mas apenas foi inaugurado em 1962. A sua ausência deve-se à reduzida informação sobre o mesmo, quer peças desenhadas como escritas, o que inviabilizara uma análise comparativa com os restantes modelos.

À semelhança do efetuado no capítulo anterior, apresenta-se de seguida uma análise elaborada individualmente de forma a se poder comparar os modelos entre si e simultaneamente com os modelos europeus. Os aspetos arquitetónicos a analisar serão os mesmos dos apresentados anteriormente, nomeadamente: a volumetria e a organização espacial interior, as celas, as enfermarias, e a organização exterior, os alçados e os vãos, a capela e igreja e por fim a relação dos espaços verdes com o volume e o programa que o compõe.



Figura 61: Hospital Conde de Ferreira no Porto- vista da entrada principal

Fonte: [http://portoarc.blogspot.pt/Hospital Conde Ferreira](http://portoarc.blogspot.pt/Hospital%20Conde%20Ferreira)



Figura 62: Hospital Júlio de Matos em Lisboa- vista geral sobre o volume da entrada e administração

Fonte: <https://www.flickr.com/photos/biblarte/7285869716/>

4.1.1 Hospital Miguel Bombarda . 1848 . Lisboa

O Hospital Miguel Bombarda (Fig.65), localizado na freguesia de Pena em Lisboa, foi o primeiro hospital psiquiátrico português. O seu programa nasce de uma adaptação de um antigo convento de padres datado do século XVIII, conhecido como Convento de Rilhafoles. Foi utilizado em 1829 para alojar uma ordem religiosa e em 1834, após a extinção das mesmas, funcionou como Colégio Militar (Freire, 2009).

Em 1842, a rainha D. Maria II ordena a criação de um hospital para alienados. Até à abertura do Hospital de Rilhafoles, a assistência a doentes mentais em Portugal era prestada sobre as piores condições possíveis, bastante precárias e miseráveis. Nesta época, os doentes eram depositados em locais que os albergavam de forma transitória e mais tarde para o Hospital Real de São José, onde as condições em que se encontravam não eram as melhores: as enfermarias foram descritas como imundas e fétidas nas palavras do Duque de Saldanha no ano de 1848.

Após esta visita, o Duque de Saldanha transferiu o Colégio militar para Mafra e cria-se então o hospital de Rilhafoles (Cintra, 2012).

Desta forma, tornava-se imperativo mudar as condições de vida dos alienados em Portugal, sendo que com atraso que este apresentava face aos demais países, a construção das primeiras instituições partiu exatamente de construções anteriores existentes, que não haviam sido construídas com o objetivo central de se tornarem num centro de tratamento hospitalar para doentes mentais (Cintra, 2012).

Até 1848, Rilhafoles era o único abrigo dos alienados e a psiquiatria uma ciência praticamente desconhecida por terras lusas monárquicas e recebeu o seu nome atual em homenagem ao Dr. Miguel Bombarda, ilustre médico e diretor da instituição.



Figura 63: Planta de localização em Portugal

Fonte: Desenho de autor

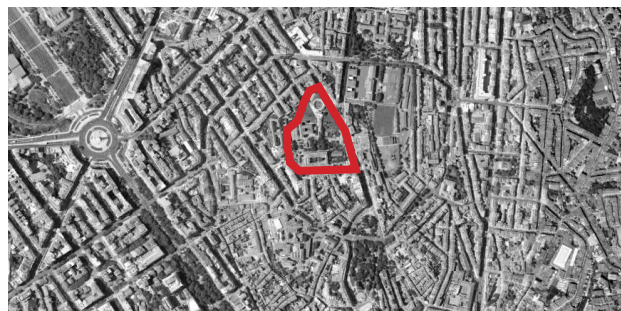


Figura 64: Planta de enquadramento urbano

Fonte: Desenho de autor- mapa retirado de www.google.pt/maps



Figura 65: Vista aérea do Hospital psiquiátrico Miguel Bombarda em Lisboa, 1948

Fonte: Arquitecto Mário Colaço Sousa

4.1.2 Hospício D. Pedro II. 1852 . Rio de Janeiro . Brasil

A assistência aos doentes mentais iniciou-se no Brasil, em 1852 com a criação do Hospital Psiquiátrico D. Pedro II no Rio de Janeiro (Fig.67), sendo que até aquela data os doentes mentais estavam a cargo da Santa Casa da Misericórdia e os seus espaços espalhados pelo país (Oliveira, 2013).

“O projecto de criação do Hospital de Dom Pedro II data do ano de 1841, como comemoração à ascensão ao trono do novo imperador, mas a sua inauguração só se deu dez anos depois. Carregou o nome do imperador até o ano de 1889 quando, após a proclamação da República, passou a se chamar Hospício Nacional de Alienados e posteriormente Hospital Nacional de Alienado (HNA).”

(Oliveira, 2013, p. 1).

Trata-se do primeiro hospital psiquiátrico da América Latina, desenvolvido e criado por D. Pedro II, daí o seu nome servir como homenagem ao próprio imperador. Este hospital procurava dar resposta aos alienados que se encontravam no país, dado que até essa data os doentes mentais eram apresentados como idiotas, loucos ou furiosos, sendo que a chegada dos trabalhos de Esquirol e Pinel ao Brasil permitiu que se desenvolvesse legislação e espaços que estivessem destinados ao tratamento dos doentes mentais (Costa, 2007).

Este primeiro hospital para o tratamento dos alienados foi construído com verbas do império e com imposta vaidade, o que permitiu que fosse construído de uma forma majestosa. Além de ser a conquista de um espaço específico para o recolhimento do louco e da loucura, ao mesmo tempo permitiu o desenvolvimento de um espaço no qual estes pudessem ter à sua disposição dispositivos e tratamentos dos quais poderiam beneficiar, sendo intervencionados e melhorarem a sua condição de vida (Portocarrero, 2002).



Figura 66: Planta de localização no Brasil

Fonte: Desenho de autor



Figura 68: Planta de enquadramento urbano

Fonte: Desenho de autor- mapa retirado de www.google.pt/maps

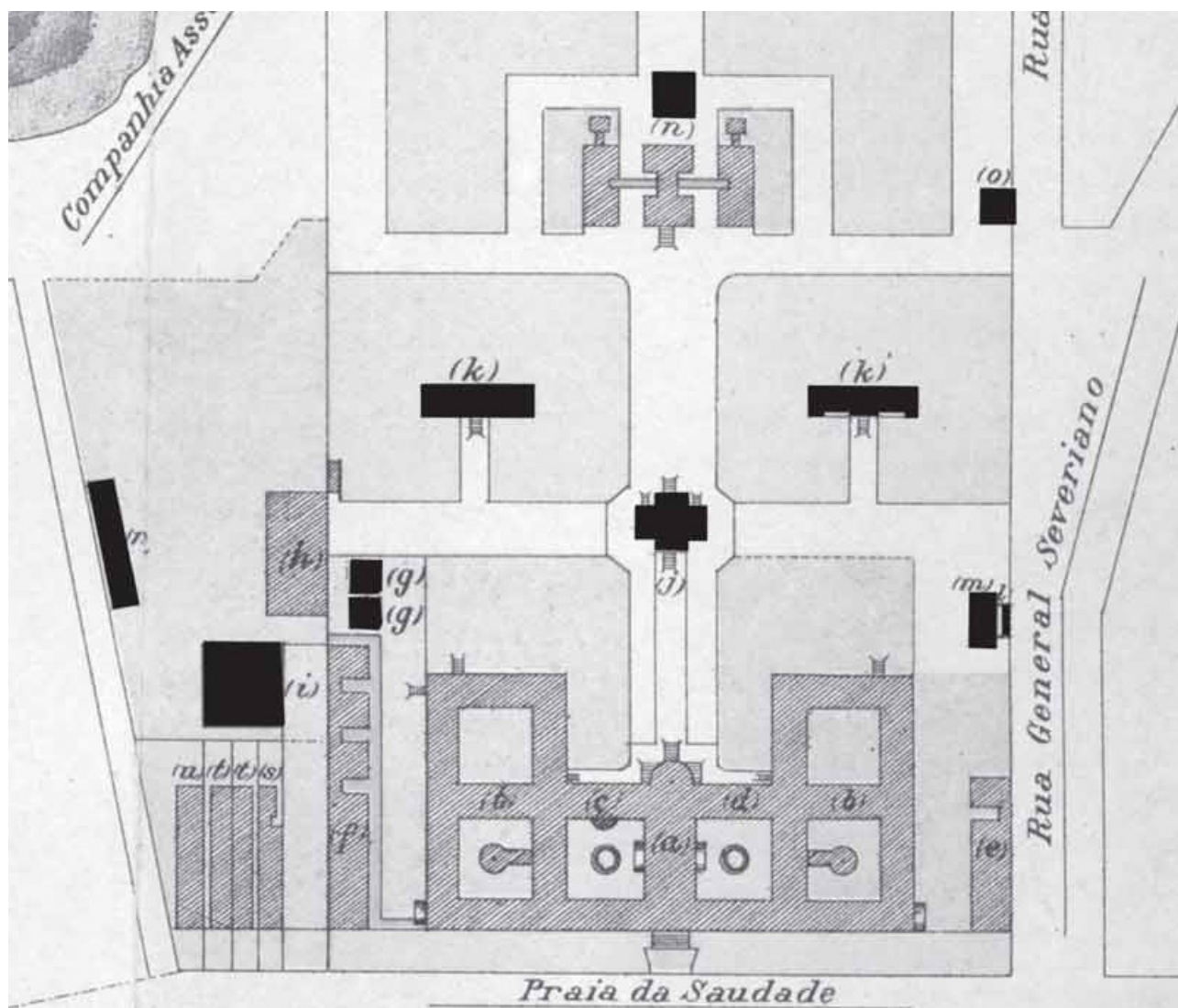


Figura 67: Planta existente do Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro, 1904-1905

Fonte: Ministério da Justiça e Negócios Interiores, Relatórios ministeriais, 1892-1928

4.1.3 Hospital Conde de Ferreira. 1883 . Porto

O Hospital de Alienados Conde Ferreira (Fig.71) foi a primeira instituição psiquiátrica portuguesa construída de raiz para esse efeito em Portugal e que surge da necessidade de criar um hospital que permitisse dar resposta ao elevado número de doentes mentais que existiam sobretudo na zona norte.

A sua construção parte de um conceito arquitectónico moderno *“ao que parece inspirado no Hospital Dom Pedro II do Brasil”* (Pacheco, 2006, p. 40), uma vez que o seu principal impulsionador e promotor, o Conde Ferreira, ter construído a sua fortuna em terras brasileiras, sendo que este deixou escrito no seu testamento em 1866:

“(...)quero que os meus testamenteiros empreguem todo o remanescente da minha fortuna (...) em construir, onde julgarem conveniente, um edificio para hospital de alienados, não devendo gastar no edificio mais de uma terça parte do remanescente, e acabada a obra e mobilado o hospital, farão a entrega à Santa Casa da Misericórdia desta cidade não só do edificio mas também dos fundos sobrantes” (Pacheco, 2006, p. 41).

Inaugurado a 24 de Março de 1883, acolhia nas suas instalações doentes de vários estratos sociais, que se encontravam distribuídos pelas diferentes enfermarias que seguiam o princípio da patologia e da classe social dos pacientes. Apesar desta estratificação, todos os doentes poderiam frequentar as atividades organizadas pela instituição, agrícolas ou oficinais, tendo-se assim inaugurado a psicoterapia coletiva através do trabalho.

António Maria Sena foi o primeiro diretor do Hospital, reconhecido como uma pessoa de elevado reconhecimento científico e moral, sendo que o seu trabalho pautou-se pelo desenvolvimento de uma nova organização hospitalar que permitisse que os doentes mentais vivessem como pessoas normais e não serem alienados da sociedade, contribuindo para a criação da primeira lei psiquiátrica em Portugal: a Lei Sena.



Figura 69: Planta de localização em Portugal

Fonte: Desenho de autor



Figura 70: Planta de enquadramento urbano

Fonte: Desenho de autor- mapa retirado de www.google.pt/maps

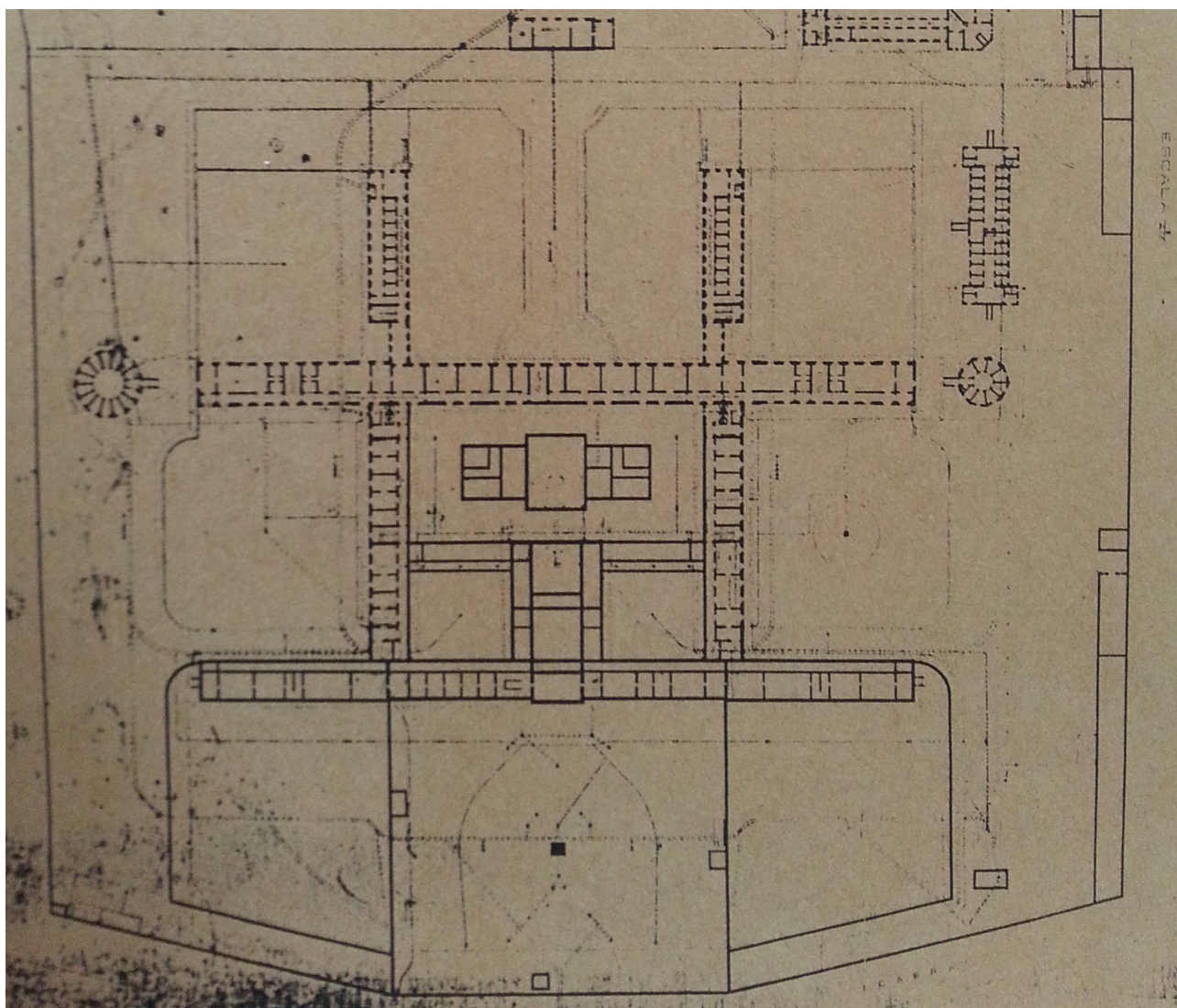


Figura 71: Planta original do Hospital psiquiátrico Conde de Ferreira no Porto

Fonte: Planta cedida pelo Doutor Adrian Gramary diretor clínico do Hospital Conde de Ferreira

4.1.4 Hospital Júlio de Matos. 1942 . Lisboa

Inaugurado em 1942, o Hospital Júlio de Matos (Fig.74) foi projetado de raiz para funcionar como hospital psiquiátrico em Lisboa.

A construção do Hospital Júlio de Matos, ficou a dever-se a um benemérito, António Higinho Salgado de Araújo. Segundo documentos e histórias da época, este se encontrava internado contra a sua vontade no Hospital de Rilhafoles, sendo que com a morte de Miguel Bombarda, foi-lhe dada alta pelo diretor clínico da altura, Júlio de Matos. Como forma de agradecimento e pelo fato de ter vivido nas condições degradantes em que os doentes mentais se encontravam, deixou em testamento terrenos ao Estado para que fosse construído um novo hospital psiquiátrico, devendo o mesmo estar pronto até 1940. As primeiras plantas datam de 1912, mas o fato é que este hospital demorou cerca de 30 anos a ficar construído, devendo-se para isto o início da primeira Guerra Mundial e a existência de um outro hospital psiquiátrico em Lisboa, o Hospital Miguel Bombarda (Teresa, 2006).

Neste intervalo temporal já a psiquiatria tinha apresentado avanços expressivos, o que significava que o projeto original também não se enquadrava às novas perspectivas. Deste modo foi necessário realizar modificações ao projeto de forma a satisfazer as alterações na terapêutica e na organização espacial, o que implicou que *“aos novos métodos tinham de corresponder instalações apropriadas. Os planos precisavam, portanto, de ser revistos e adaptados às necessidades contemporâneas”* (Flores, 1943, p. 56).

Após entrar em funcionamento, foram abandonadas medidas de contenção utilizadas até então, dando lugar a um processo de hospitalização que permitisse o tratamento em regime aberto, humanizado e que tivesse em conta as características e necessidades dos doentes, que progressivamente eram ocupados em tarefas, para que se sentissem úteis, em salas devidamente equipadas e decoradas.



Figura 72: Planta de localização em Portugal

Fonte: desenho de autor



Figura 73: Planta de enquadramento urbano

Fonte: desenho de autor- mapa retirado de www.google.pt/maps



Figura 74: vista aérea em fase de construção do Hospital Júlio de Matos em Lisboa, 1943

Fonte: Arquivo Municipal de Lisboa

À semelhança de como foi estruturado o capítulo III, procura-se de seguida perceber a distribuição do programa no interior dos edifícios psiquiátricos analisados em Portugal, o que nos possibilitará entender as influências que possam ter existido face aos modelos europeus anteriores.

4.2.1 Hospital Miguel Bombarda . 1848 . Lisboa

Em termos de organização estrutural (Fig.76), diz-se que: “Não foi construído um edifício de raiz, foi adaptado o antigo convento de Rilhafolles, bem localizado e com um amplo terreno circundante(...)” (Cintra, 2012, p. 31), em que a divisão das unidades do hospital

“(...)irá ser em função da classe social (pensionistas e indigentes) e do sexo, mas também comportamento geral, tranquilos, agitados e segundo as condições de higiene, limpos e imundos. Uma unidade é destinada a doenças intercorrentes do foro médico-cirúrgico. Dá-se importância a oficinas diversificadas e a actividades ocupacionais com fins terapêuticos.” (Cintra, 2012, p. 33).

Em termos arquitectónicos, o Hospital Miguel Bombarda (Fig.75) encontrava-se na Colina de Santana, ocupando uma área de 4,3 hectares,

“(...)sendo quase imperceptível do exterior devido à topografia do terreno e irregularidade do quarteirão. O complexo hospitalar integra um núcleo notável de edifícios composto pelo edifício conventual, o Balneário D. Maria II, as enfermarias em forma de poste de telefone e o Pavilhão de Segurança.” (Cintra, 2012, p. 34).

Das sucessivas adaptações a que foi sendo sujeito, resultou na presença de um edifício em forma rectangular, com uma volumetria compacta e com um pátio interior, que ocupava na totalidade a ala sul do complexo hospitalar. Trata-se de um edifício composto por três andares.



Legenda

1. Edifício Principal

2. Balneários

3. Enfermarias

4. Panóptico - 8ª Enfermaria

5. 5ª e 6ª Enfermarias

6. Cozinha

7. Oficinas

8. Porteiro

9. Capela Mortuária

10. Garagem

pátios de arejamento
 jardins



0 10 40m

Figura 75: Planta de distribuição programática do edifício principal do Hospital Miguel Bombarda em Lisboa- piso tipo
 Fonte: Desenho de autor baseado na informação fornecida pelo arquiteto Mário Colaço Sousa

“Esta construção é composta por três alas com 85 metros de comprimento, atravessadas transversalmente por outra com 60 metros de comprimentos e separadas entre si por pátios ajardinados (...) era inédita em Portugal e denunciava... uma preocupação pela observação constante dos pacientes (...) é um edifício funcionalista, pois foi projectado com a finalidade de alojar um grande número de doentes, mas separados por sectores.” (Cintra, 2012, p. 38)

O Hospital era constituído por três secções:

1ª Secção - Serviços Gerais

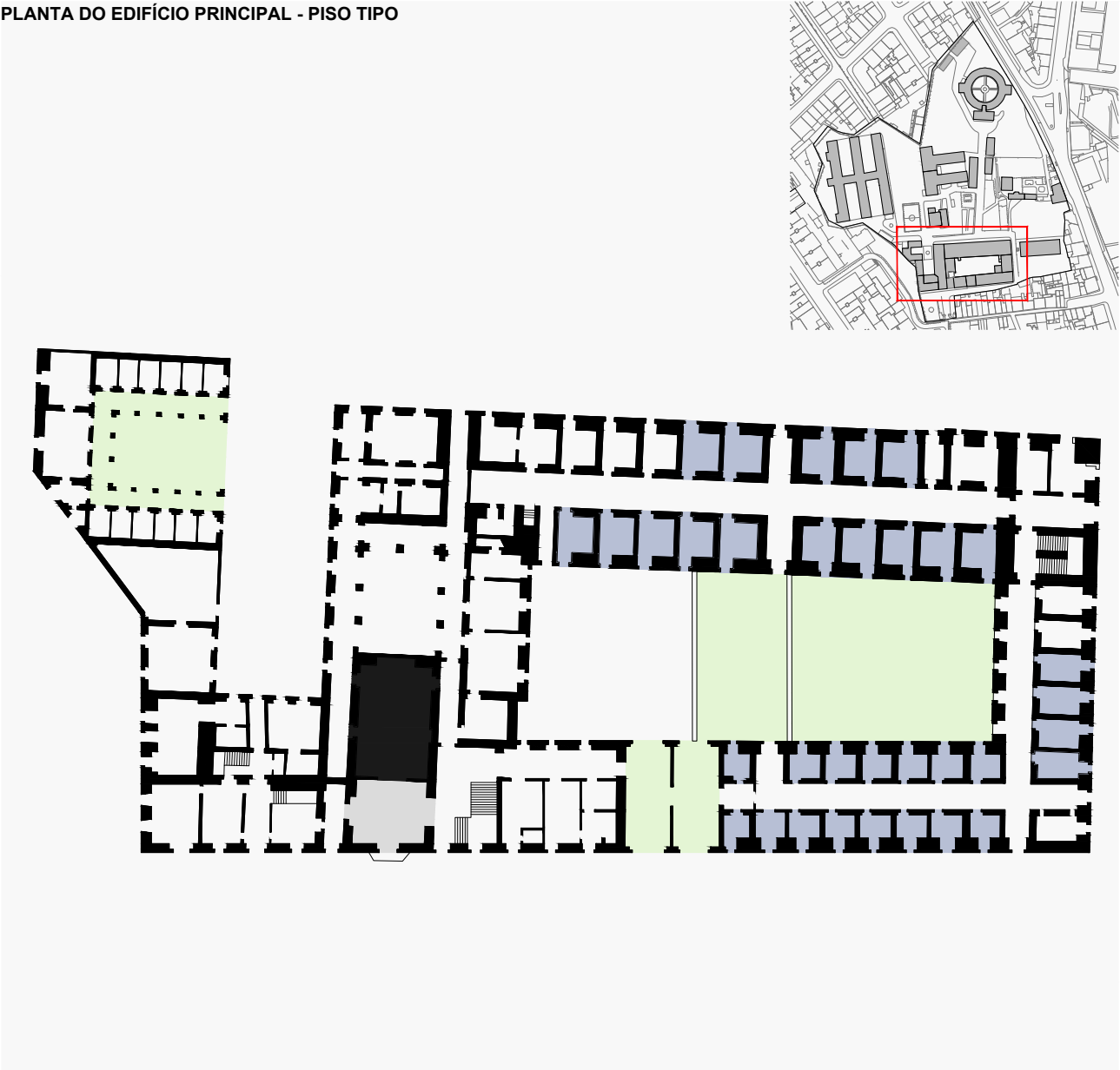
2ª Secção - Serviço da 1ª divisão sexual (homens) subdividido em cinco subsecções onde se localizam pensionistas e alienados de 1ª, 2ª, 3ª e 4ª classes;

3ª Secção - Serviço da 2ª divisão sexual (mulheres) subdividido em cinco subsecções onde se localizam pensionistas e alienados de 1ª, 2ª, 3ª e 4ª classes

(<http://www.digitarq.dgarq.gov.pt>, 2008).

Neste Hospital, o Balneário D. Maria II foi o primeiro edifício a ser construído de raiz para aquilo a que era destinado o espaço: tratamento e terapêutica das doenças mentais e a maioria dos edifícios que foram pontualmente construídos a partir de 1886 estiveram a cargo do arquitecto José Maria Nepomuceno que mais tarde, em 1986, projeta o Pavilhão de Segurança, que se localizaria no extremo norte da propriedade, sendo, com o objectivo de *“albergar, inicialmente, os doentes da penitenciária de Lisboa”* (Cintra, 2012, p. 39), daí que seja visto como uma enfermaria-prisão, sendo que o arquiteto seguiu as ideias mais avançadas da época, partindo do conceito de panóptico, conceito este que irá ser detalhado no próximo capítulo.

PLANTA DO EDIFÍCIO PRINCIPAL - PISO TIPO



Legenda

quartos	enfermaria	pátios de arejamento
entrada/recepção	capela	jardins
quartos de dia		

Dados Gerais

Projectado por: José Maria Nepomuceno, arquiteto
Função primária: Convento
Função atual: Hospital Psiquiátrico Miguel Bombarda
Número de pisos: variável

Área Terreno: 42.200m²
Área Implantação: 3.400m²
Área Bruta Construção: 9.300m²

Quartos: 1.300m²
Enfermarias: 3.340m²

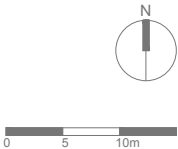


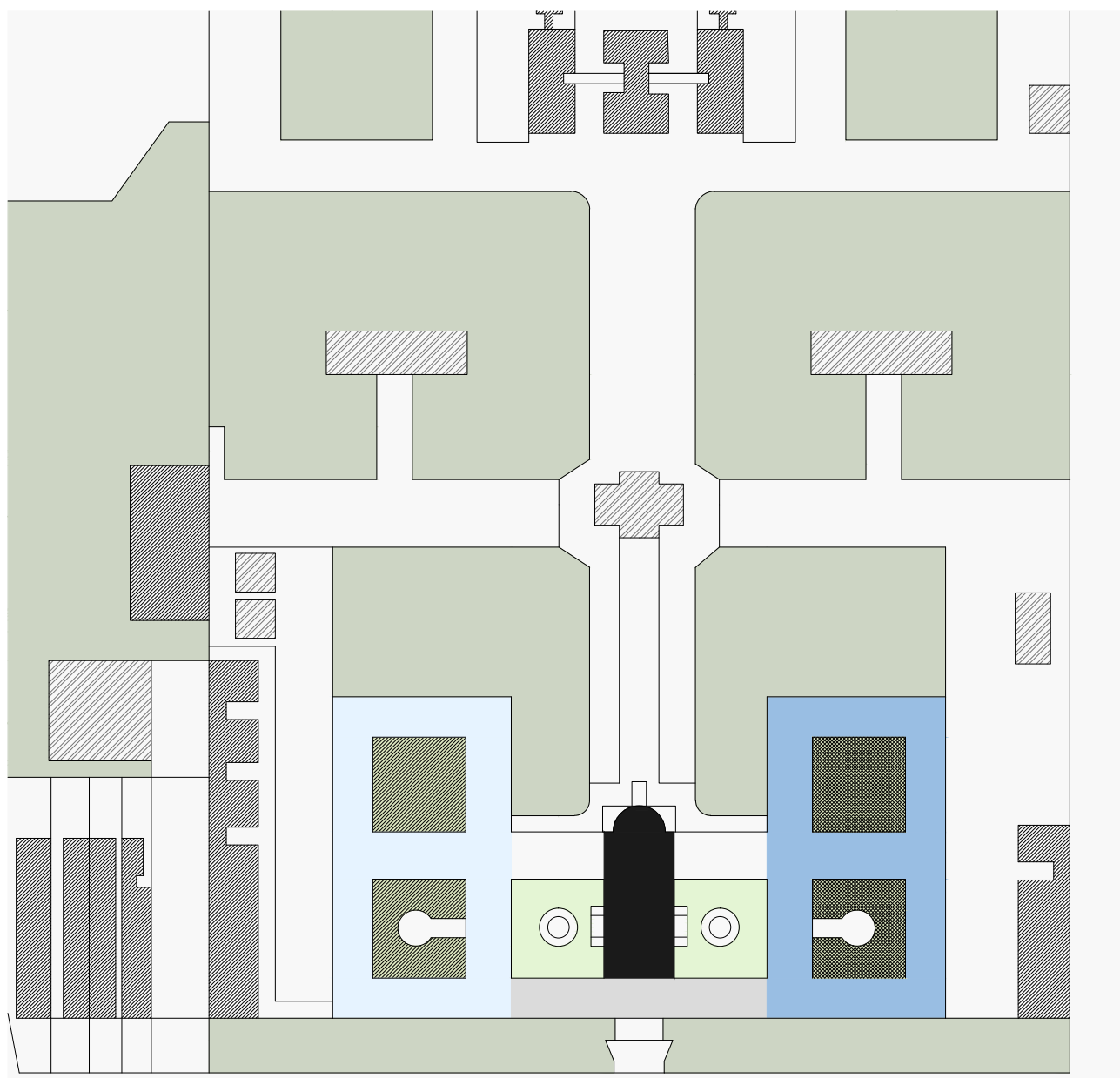
Figura 76: Planta geral de implantação do Hospital Miguel Bombarda em Lisboa
Fonte: Desenho de autor baseado na informação fornecida pelo arquiteto Mário Colaço Sousa

4.2.2 Hospício D. Pedro II . 1852. Rio de Janeiro . Brasil

A planta do Hospício D. Pedro II apresenta uma forma simétrica, dividida em três secções: duas laterais retangulares iguais em que ambas possuem dois pátios quadrangulares internos, formando um oito; e uma secção central que se diferencia pela construção mais alta, a capela, com três andares e uma cobertura triangular finalizado em abóboda, que está interligada com as duas secções laterais através de pátios menores. A simetria transmite equilíbrio, ordem e racionalidade, características arquitetônicas da construção do neoclassicismo (Fig.77).

À semelhança dos modelos europeus, também aqui verificamos a separação por géneros e por patologias. No piso térreo encontram-se os agitados, paralíticos, epiléticos e os idiotas e o primeiro andar é destinado aos doentes tranquilos. As celas são fortes e primitivas, compostas por uma sala bastante espaçosa, com paredes grossas e fechadas do lado da galeria. O lado da fachada principal e o lado paralelo ao prédio central, possuem as mesmas divisões do piso térreo. Uma sala é ocupada pela lavandaria e a outra pela biblioteca, correspondendo as celas fortes aos quartos particulares. Na parte central, localiza-se a entrada marcada por uma escada externa e por duas estátuas de mármore representando Pinel e Esquirol. Nesta zona central ficam situados todos os serviços do hospício e o acesso à capela (Rey, 2012).

Um modelo em tudo muito similar ao defendido pelo Dr. Jacobi e também preconizado no Hospital de Charenton.



Legenda

	galeria feminina		entrada/recepção		pátios de arejamento feminino		pátios de arejamento
	galeria masculina		capela		pátios de arejamento masculino		jardins

Dados Gerais

Projectado por: José Monteiro e Joaquim Guilhobel, arquitetos

Função primária: Hospício dos alienados

Função atual: Universidade Federal do Rio de Janeiro

Número de pisos: 2

Área Terreno: 127.400m²

Área Implantação: 7.000m²

Área Bruta Construção: 14.000m²

Galeria feminina: 2.600m²

Galeria masculina: 2.600m²



0 10 30m

Figura 77: Planta de distribuição programática do Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro

Fonte: Desenho de autor baseado na informação fornecida pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores, Relatórios ministeriais, 1892-1928

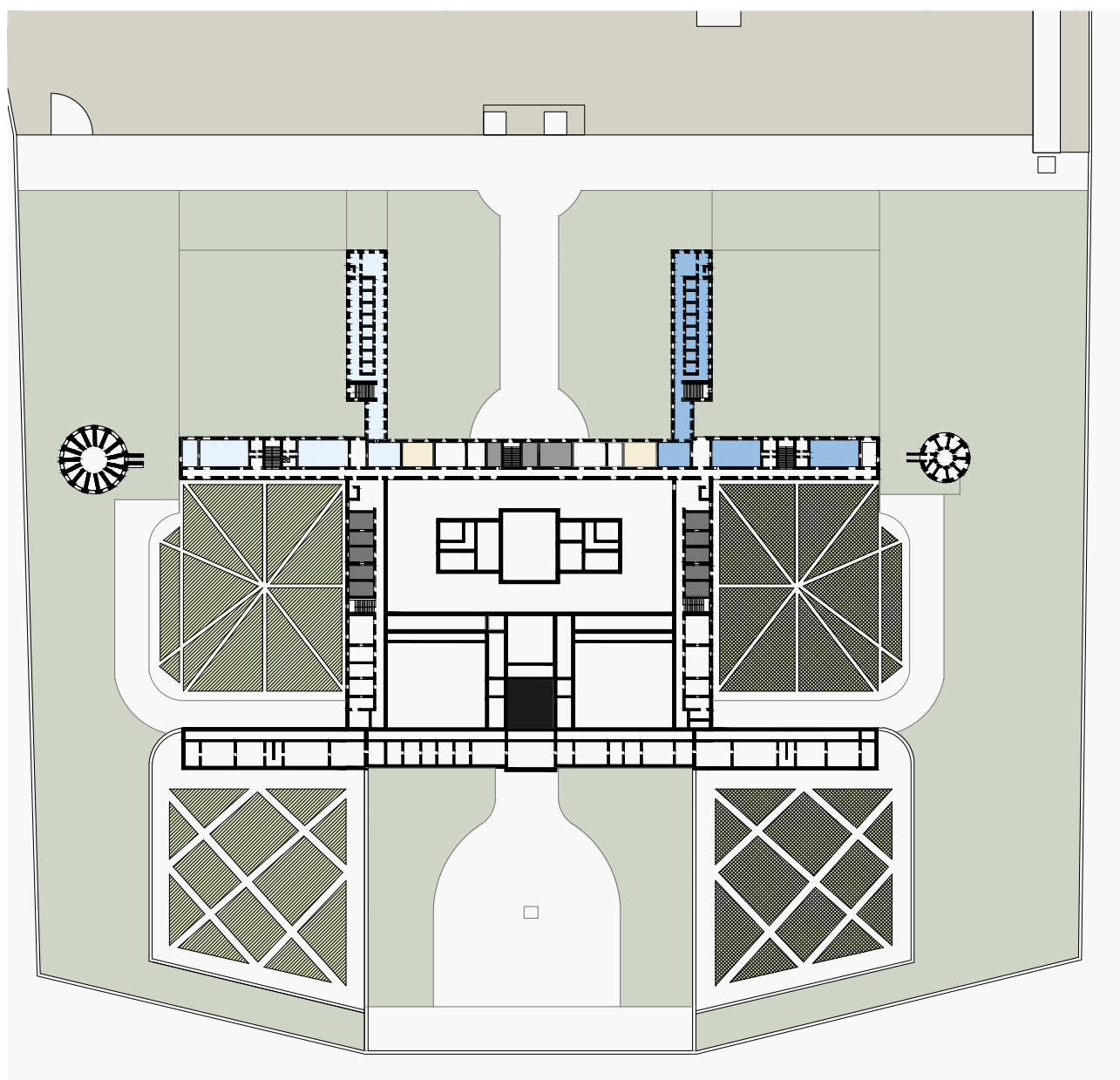
4.2.3 Hospital Conde de Ferreira . 1883 . Porto

O Hospital Conde de Ferreira, seguindo a Lei dos Alienados de Esquirol que postulava que estas instituições deveriam estar longe dos centros urbanos, foi encaminhado para um local agradável e afastado do centro da cidade, apresentando boas condições ambientais, higiénicas e de lazer, necessárias para o tratamento dos doentes mentais (Fonseca, 2003).












O hospital foi então construído nas terras da Quinta das Regateiras, tendo sido orientado nascente/poente, de forma a que o sol entrasse de imediato pela fachada principal e iluminasse de forma natural aqueles que lá viviam, assim como permitisse uma intensa circulação de ar, sendo estas as principais mudanças que vigoravam nas instituições mais modernas no século XIX e que Portugal queria ver implementadas nos seus hospitais (Pereira, Gomes & Martins, 2005).

A sua organização (Fig.78) distribuiu-se em duas partes simétricas: a ala norte, na qual se encontravam os doentes masculinos e na ala sul os doentes femininos. No corpo central, havia a divisão em três secções em que os espaços a sul e a norte seriam destinados à habitação dos médicos e funcionários e a ala central estaria destinada aos serviços centrais (Pereira, Gomes & Martins, 2005). Todas as enfermarias respeitavam o princípio de serem amplas e iluminadas, o que demonstrou a preocupação com as condições de higiene postuladas nos anos 80 do século XIX, que além de salientarem a necessidade de iluminação e ventilação, também chamaram à atenção para a necessidade de serem criados espaços de lazer que permitissem a ocupação dos doentes.

Verifica-se que, tal como nos demais Hospitais psiquiátricos, foram desenvolvidas oficinas para ocupação dos doentes mentais, que os permitia manter ocupados através do exercício de trabalhos manuais ou mesmo através da participação em atividades profissionais dentro da própria instituição (Fonseca, 2003). A evolução do Conde Ferreira em relação aos restantes hospitais teve a ver com o fato de ter sido construído de raiz, o que lhe permitiu criar espaços amplos e unicamente dedicados aqueles aos quais se destinaria, não sendo apenas um espaço que foi



Legenda

	galeria feminina		quartos de dia		sala de estar/trabalho		área agrícola
	galeria masculina		enfermaria		pátios de arejamento feminino		jardins
	entrada/recepção		capela		pátios de arejamento masculino		

Dados Gerais

Projectado por: Manuel D'Almeida Ribeiro, arquiteto
 Função primária: Hospital dos Alienados
 Função atual: Centro Hospitalar psiquiátrico
 Número de pisos: 2

Área Terreno: 120.000m²
 Área Implantação: 7.730m²
 Área Bruta Construção: 15.460m²

Galeria feminina: 960m²
 Galeria masculina: 960m²
 Enfermarias: 508m²

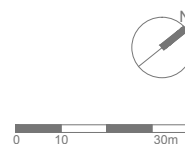


Figura 78: Planta de distribuição programática do Hospital Conde de Ferreira no Porto

Fonte: Desenho de autor baseado na planta original fornecida pelo Dr. Adrian Gramary diretor clínico do Hospital Conde de Ferreira

adaptado para lhes dar resposta como na maioria dos casos.

4.2.4 Hospital Júlio de Matos . 1942 . Lisboa

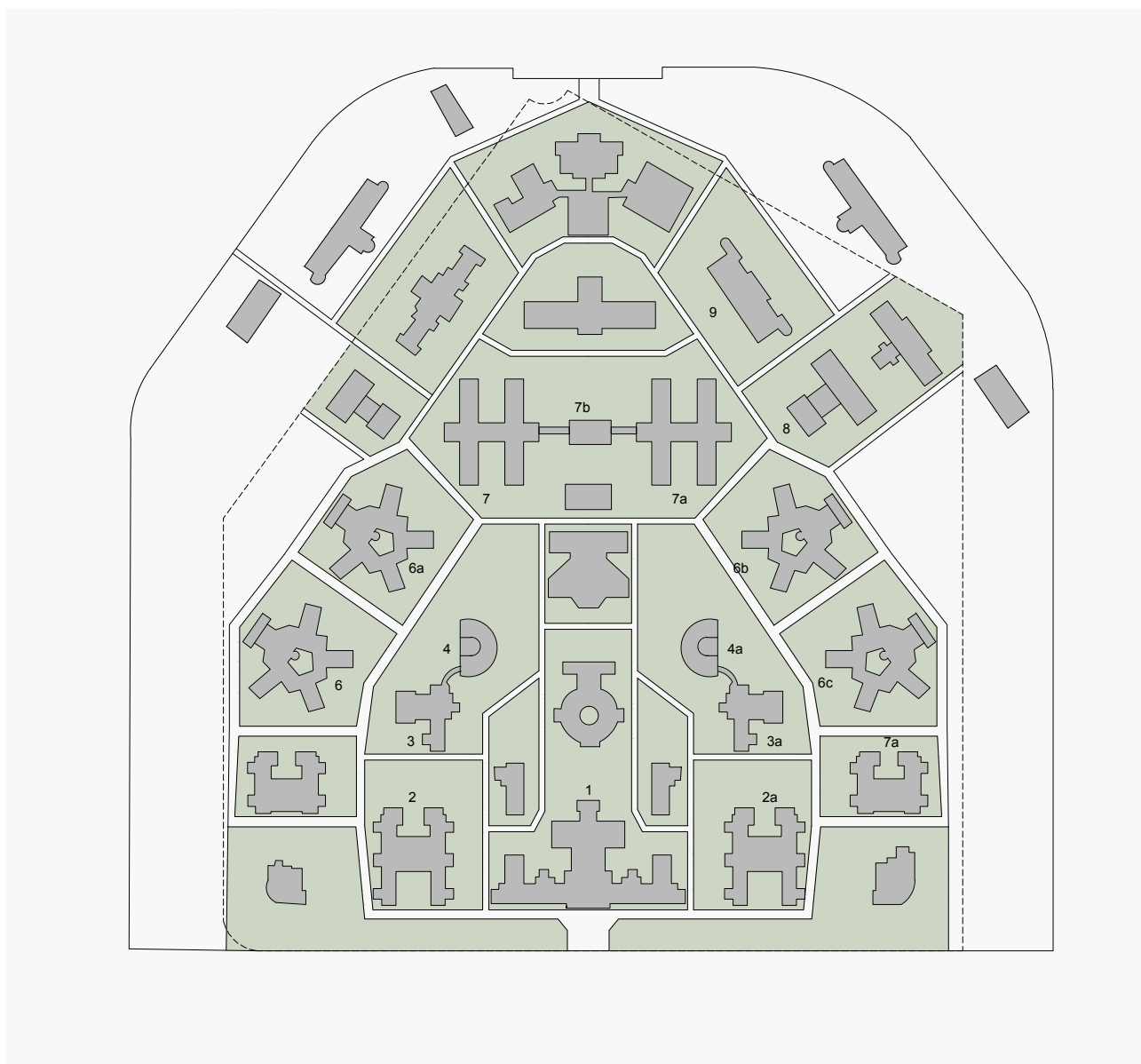
O Hospital Júlio de Matos ocupa uma área de cerca de 20 hectares, cuidadosamente planificados por uma equipa que incluía um arquiteto paisagista e um engenheiro agrónomo, procurando desta forma criar aquilo que Esquirol e Pinel defendiam: um espaço de tratamento de doentes mentais em perfeita harmonia com a natureza envolvente. O tipo de modelo escolhido foi o de pavilhões, sendo os doentes agrupados em pequenas unidades com o objetivo de evitar influências de uns sobre a outros.

Os arquitetos responsáveis pelo processo foram Leonel Gaia, responsável por conceber o projecto inicial, mas em 1933 assume o papel de arquiteto geral Carlos Chambers Ramos, que levou a cabo a conclusão das restantes obras e introduziu modificações importantes. A nível paisagista intervieram os professores Caldeira Cabral e Azevedo Gomes. Na organização dos equipamentos finais, participou o arquitecto Rui Lino e os engenheiro Jacóme Castro e Raul Maças Fernandes (Santos, s.d).

No terreno foram edificados trinta a três pavilhões, com vários serviços e compostos por dois pisos e uma cave. Os pavilhões encontravam-se enquadrados no meio, com uma organização paisagista com árvores, jardins e dispostos de uma forma funcional. A própria inclusão de árvores foi pensada de forma a implementar a ideia de harmonia, juntamente com a cor rosa dos pavilhões (Flores, 1943) (Fig.79).

Os edifícios, tal como nos demais hospitais, apresentavam-se simétricos: do lado direito estariam os pavilhões destinados aos homens e do lado esquerdo, os destinados às mulheres.

De sul para norte encontravam-se os edifícios da direção, secretaria e serviços administrativos. Existiam ainda edifícios singulares, como seria o caso do Bar do Pessoal, Unidades de Meios Auxiliares de Diagnóstico, tratamento de dentes, consultas de clínica geral, residência do enfermeiro geral e do jardineiro.



Legenda

1. administração

2/2a. internamento de inimputáveis fem./masc.

3/3a. residentes - doentes crónicos fem./masc.

4/4a. unidades de vida apoiada

6/6a/b/c. internamento de agudos (misto)

7/7a. clínica psiquiátrica fem./masc.

8. unidade de terapia ocupacional

9. residentes - débeis mentais profundos

área agrícola

jardins



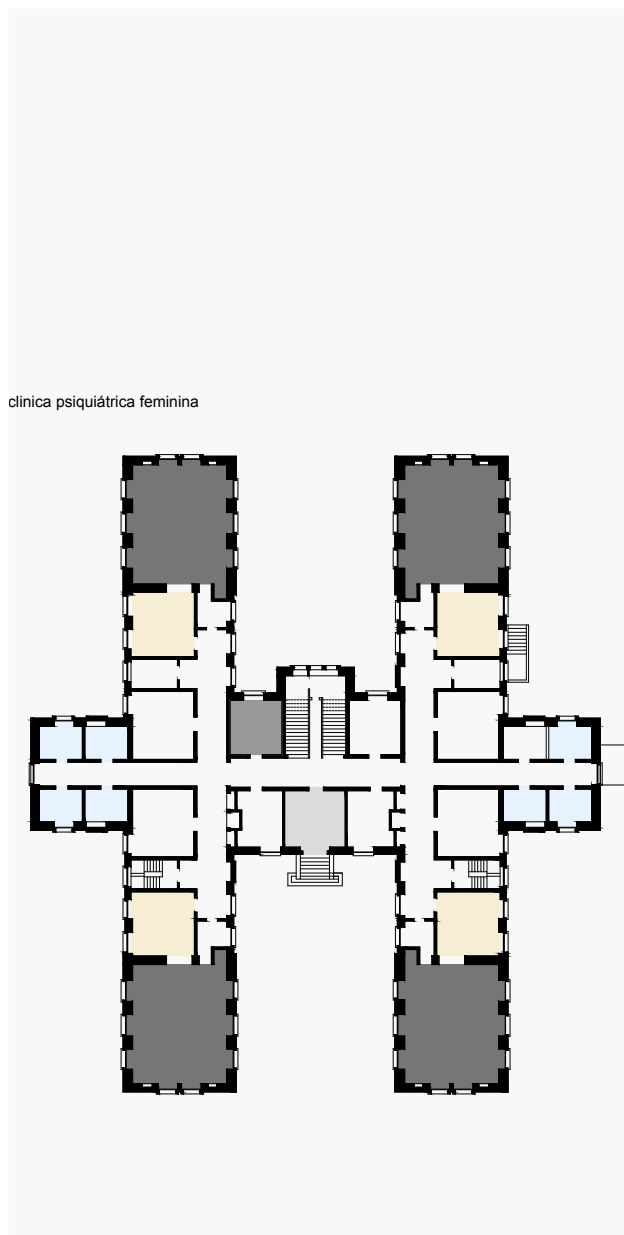
0 10 70m

Figura 79: Planta geral de implantação do Hospital Júlio de Matos em Lisboa

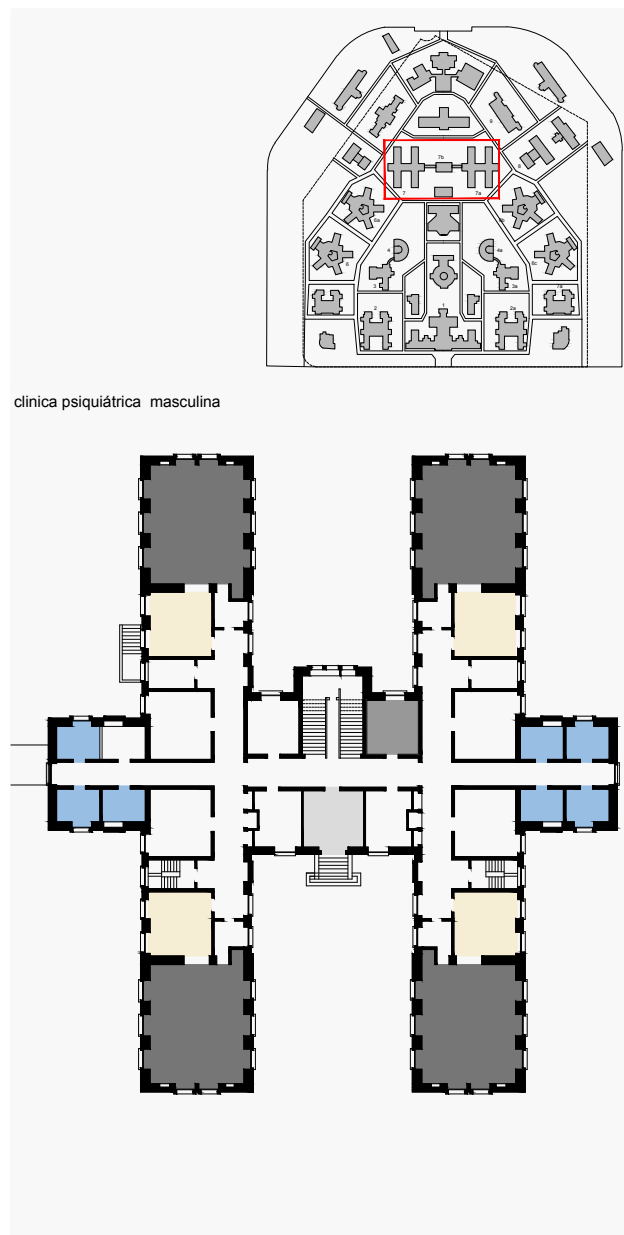
Fonte: Desenho de autor baseado na planta fornecida pelo Centro Hospital Psiquiátrico de Lisboa

Ainda dentro das instalações do hospital, do lado nascente, encontrava-se a habitação do Director Clínico e do Administrador, o Pavilhão dos Pensionistas Homens e simetricamente o Pavilhão de Pensionistas Mulheres. Por fim, encontrava-se a norte, as residências dos enfermeiros e das enfermeiras, também estas simétricas, bem como campos de futebol e ténis para uso do pessoal e dos doentes.

As clínicas psiquiátricas estavam localizadas num destes edifícios singulares, (Fig.80) no qual cada edifício se destinava a um género. Caraterizam-se por ser dois volumes totalmente simétricos unidos por um volume mais baixo que permitia a sua transição. Interiormente desenvolvem-se, numa escala mais pequena, segundo o modelo de Wakefield, com um corpo central que servia de entrada e área administrativa ladeado por duas alas onde se localizam os quartos e as enfermarias. Os extremos de cada ala é marcado por amplo espaço destinado aos quartos de dia. A sua dimensão revela a importância que era agora prestada aos doentes mentais, podendo nestes espaços receber visitas e conviver com os demais pacientes.




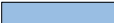




clínica psiquiátrica feminina



clínica psiquiátrica masculina

Legenda

	quartos de isolamento femininos		entrada/recepção		enfermaria
	quartos de isolamento masculinos		quartos de dia		sala de estar/trabalho

Dados Gerais

Projectado por: Leonel Gaia e Carlos Ramos, arquitetos
 Função primária: Hospital psiquiátrico
 Função atual: Centro Hospitalar psiquiátrico
 Número de pisos: variável

Área Terreno: 184.000m²
 Área Implantação: 2.600m²
 Área Bruta Construção: 5.240m²

Quartos femininos: 140m²
 Quartos masculinos: 140m²
 Enfermarias fem/masc: 2.720m²

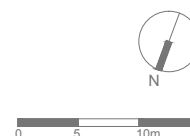


Figura 80: Planta de distribuição programática da ala psiquiátrica do Hospital Júlio de Matos em Lisboa

Fonte: Desenho de autor baseado na planta fornecida pelo Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

Seguindo o mesmo encadeamento metodológico do capítulo anterior, segue-se, após a análise individual dos modelos hospitalares apresentados, uma comparação entre eles, onde se resumem os principais pontos que mais importantes: o programa e o modelo.

4.3.1 O Programa

No final da análise dos casos de estudo referidos, constata-se que de fato, o Hospital Conde de Ferreira foi o primeiro hospital psiquiátrico a ser construído de raiz em Portugal, seguido do Hospital Júlio de Matos. Até ao momento, nomeadamente Hospital Miguel Bombarda, teriam sido aproveitadas estruturas edificadas, como conventos e prisões, e adaptadas para receber os alienados.

Utilizando o mesmo método dos organogramas (Fig.81 e Fig.82) é interessante constatar que todos eles assimilaram as influências dos modelos europeus.

O programa é essencialmente o mesmo composto pela administração, a igreja ou capela, as celas. Contudo as enfermarias assumem uma posição destacada face aos modelos anteriores, resultado de uma influência evidente das leis de saúde mental criadas no desenvolvimento da arquitetura deste tipo de equipamentos.

A distribuição dos diferentes elementos que compõem o programa, seguem o mesmo princípio de privacidade utilizado nos modelos europeus, remetendo para o interior do terreno as áreas das celas e quartos, e tendo o bloco administrativo o papel de dialogar com a frente urbana.

Salienta-se a presença de um elemento já referido nos hospitais de Wakefield e de Hanwell, o panótico. Surge no hospitais Miguel Bombarda e Conde de Ferreira com uma presença bem definida com uma volumetria autónoma e isolada face aos outros elementos. O panótico será alvo de estudo num capítulo mais adiante.

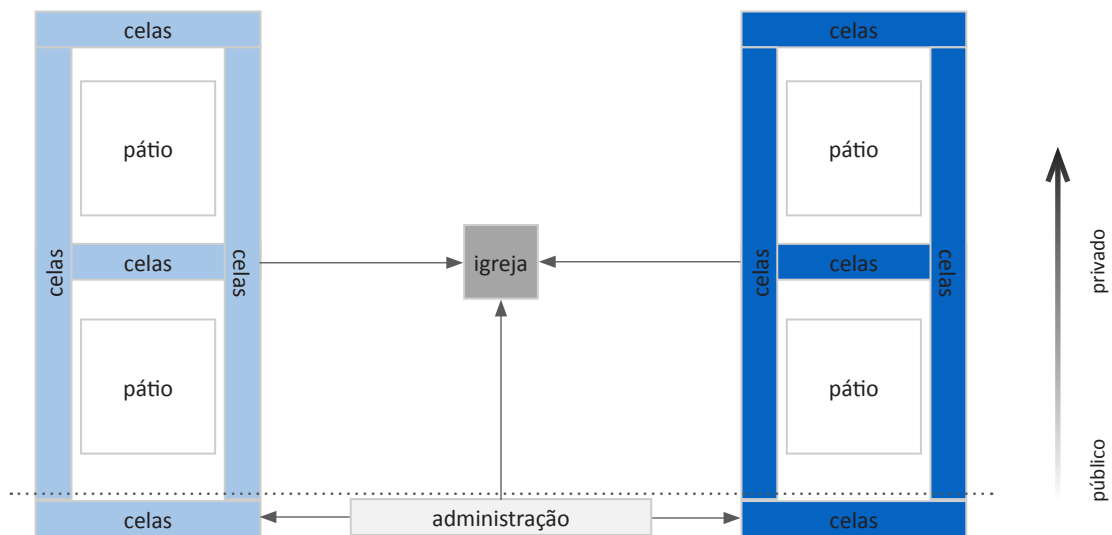
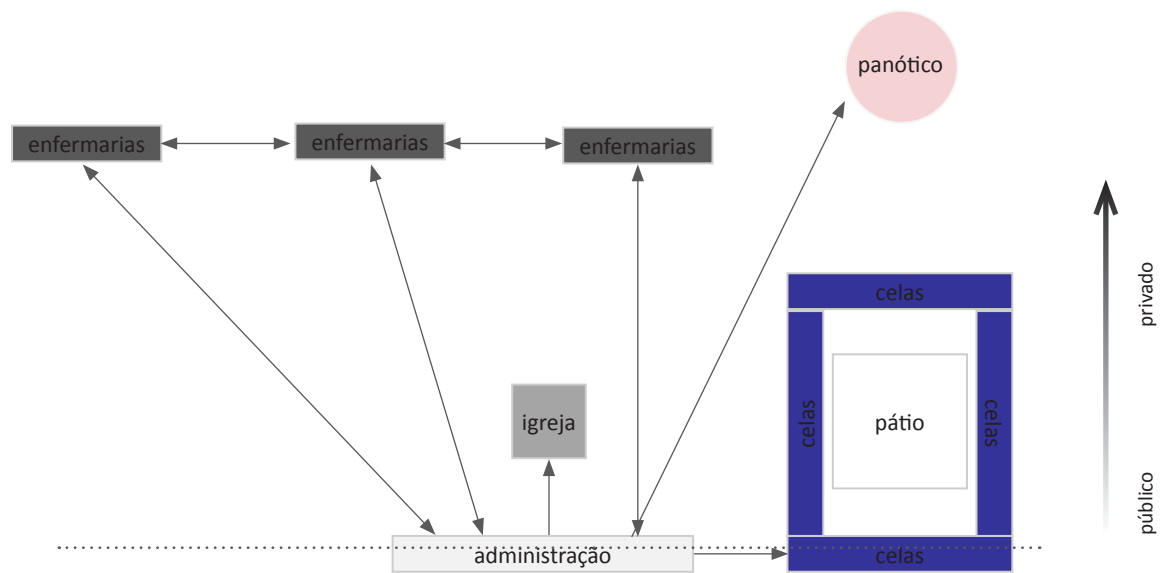


Figura 81: Organogramas de distribuição programática dos modelos nacionais
Fonte: Desenho de autor

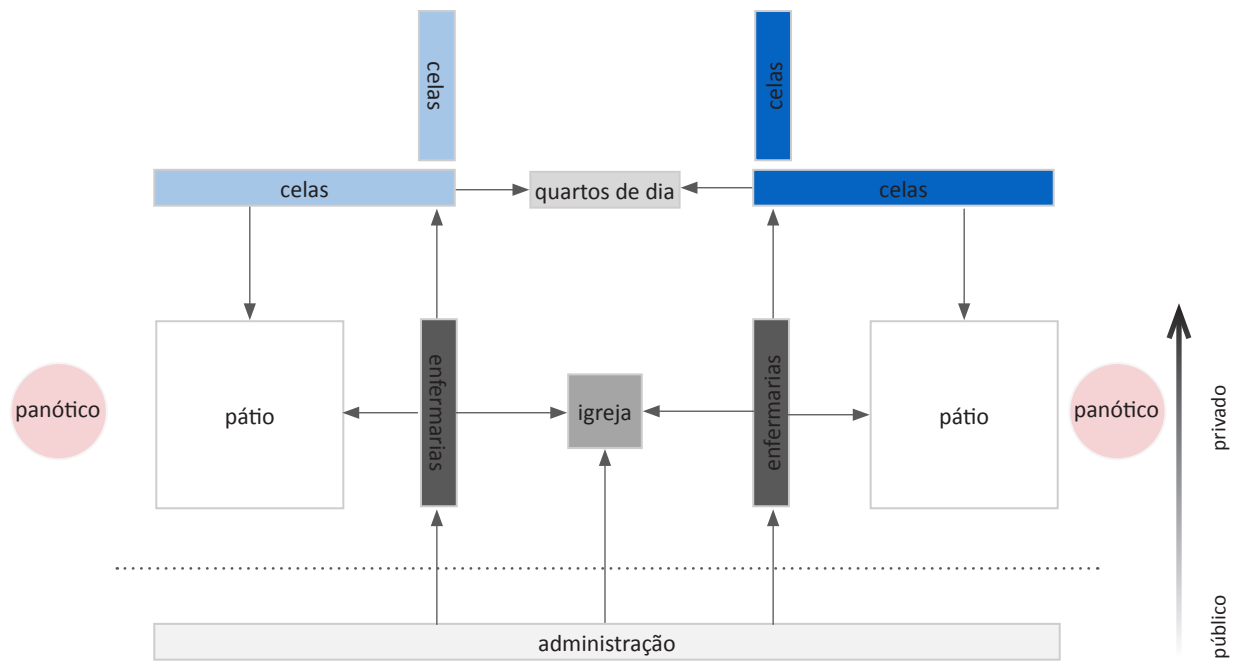
4.3.2 As enfermarias e os quartos de dia

Depois de uma análise dos organogramas verifica-se que as enfermarias, face aos modelos europeus, apresentam uma evolução ao adquirirem uma presença mais constante e visível na distribuição espacial dos hospitais psiquiátricos.

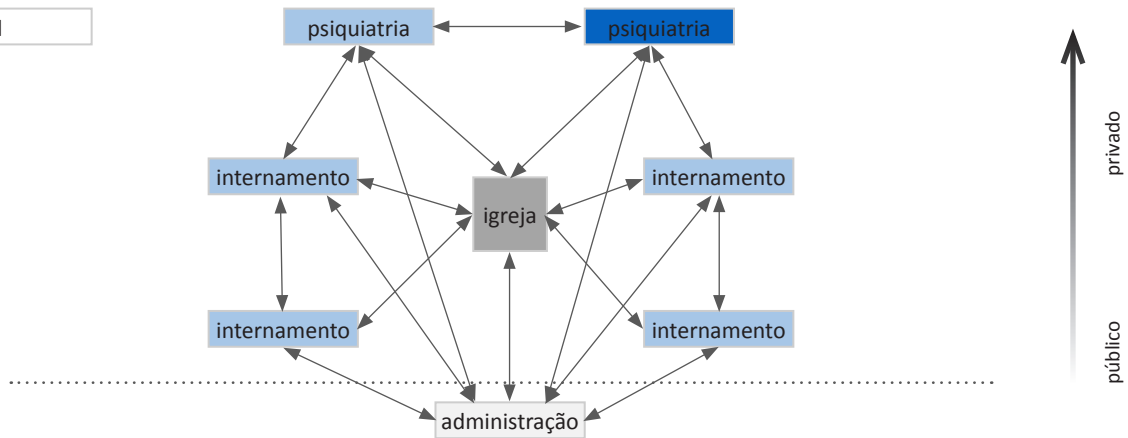
Apesar de nos hospitais D. Pedro II e Conde de Ferreira apresentarem ainda uma tímida exposição, talvez devido a uma influência mais forte dos seus antecessores, as enfermarias detinham contudo características distintas, tal como já referido, tinham um princípio de serem mais amplas e iluminadas.

O que se constata é que o modelo Pavilhão permitiu que as enfermarias possuíssem uma escala e uma importância bem definida. Nos hospitais Miguel Bombarda e Júlio de Matos existem conjuntos edificados destinados unicamente à prestação de cuidados aos pacientes.

Esta evolução foi incrementada pela primeira lei de assistência psiquiátrica também denominada por lei de António Sena, que decretou a obrigatoriedade de exames médicos aos alienados e a anexação de enfermarias psiquiátricas até nas prisões. Demonstra portanto, preocupações mais atentas e direcionadas ao paciente, assim como nas condições de higiene até ao momento inexistentes. Foram o início de preocupações posteriormente postuladas na primeira grande reforma psiquiátrica de 1945 e sob a forma de lei em 1963 e que influenciou diretamente o desenvolvimento da arquitetura psiquiátrica.



esquema geral



esquema da psiquiatria



Figura 82: Organogramas de distribuição programática dos modelos nacionais
Fonte: Desenho de autor

4.3.3 A capela e igreja

À semelhança dos exemplos europeus, nos modelos portugueses apresentados mantém-se a presença da igreja ou da capela na configuração espacial dos hospitais dos alienados.

Fazendo parte do próprio edifício, como na ala psiquiátrica do hospital Miguel Bombarda e nos hospitais D. Pedro II e Conde de Ferreira, é relevante salientar a importância que continua a ser dada à espiritualidade no processo de cura de tal forma que se torna num elemento, como que obrigatório, do esquema programático deste tipo de equipamento. No hospital Júlio de Matos não se conseguiu aferir a sua presença (Figs. 83,84, 86 e 87).

4.3.4 As celas

Nos modelos portugueses apresentados, pouca informação se conseguiu recolher em relação às celas. Percebeu-se que no Hospício D. Pedro II e no Hospital Conde de Ferreira foram de certo modo mantidas as configurações dos modelos europeus, estratificadas por género, por grau de agitação e classe social do paciente. Através do pouco registo fotográfico existente, se deparou com a presença de alguns dormitórios coletivos bem iluminados e amplos. Como referido nos textos apresentados, tratando-se de edifícios que assumidamente visaram a melhoria das condições dos alienados, possivelmente esta intenção refletiu-se na configuração espacial da cela, tornando-a num local mais aprazível e higiénico.

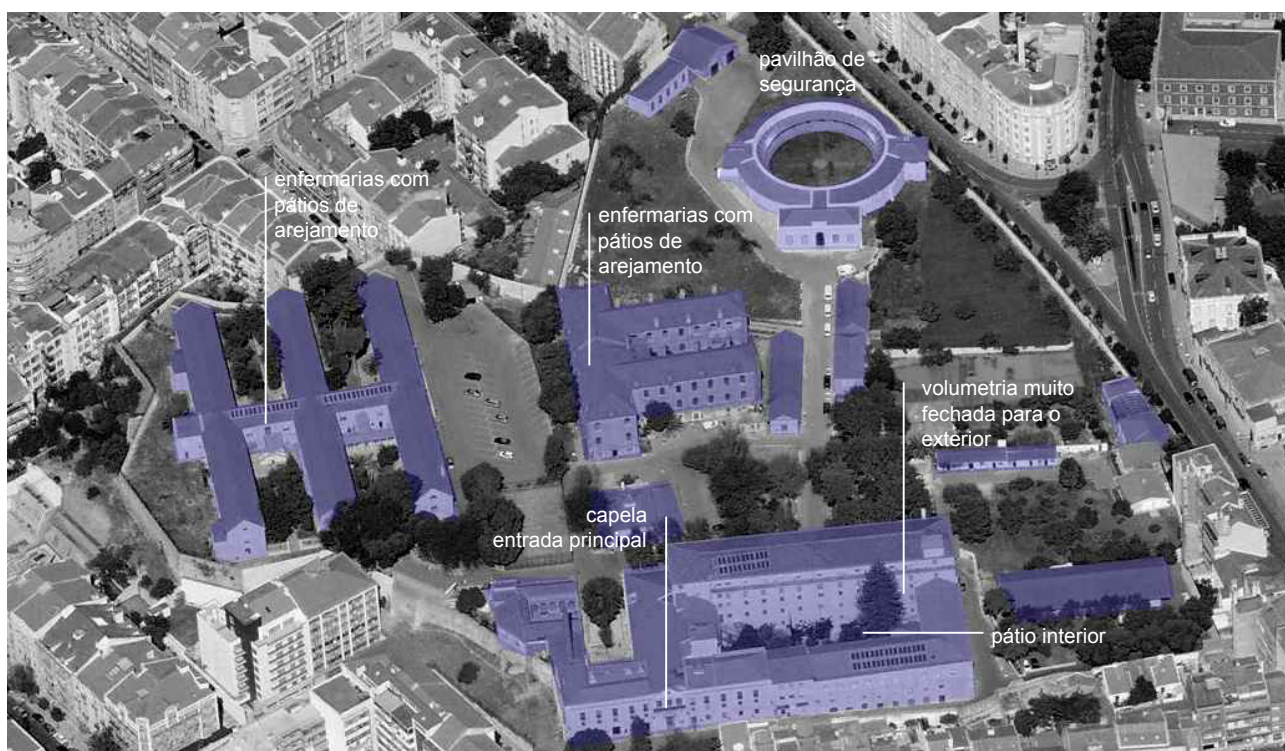


Figura 83: Vista aérea do Hospital Miguel Bombarda em Lisboa

Fonte: Autor baseado em <http://www.bing.com/maps/>, 2014

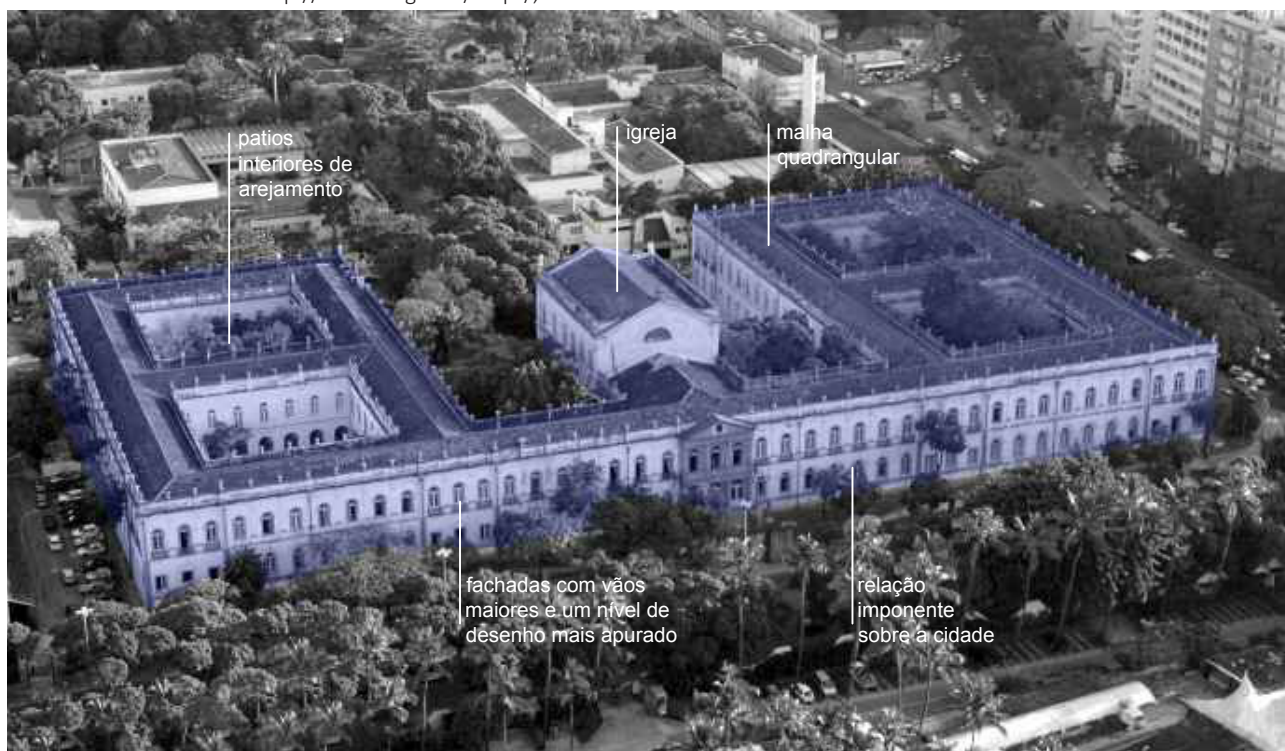
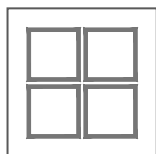


Figura 84: Vista aérea do Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro

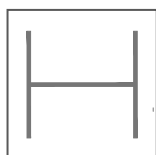
Fonte: Autor baseado em <http://www.bing.com/maps/>, 2014

4.3.5 O Modelo



modelo 4

O Hospital D. Pedro II espelha de um modo claro, o modelo quadrangular (modelo 4) preconizado pelo Dr. Jacobi e já utilizado no Hospital de Charenton, em Paris, marcado pelo eixo de simetria e a divisão de géneros, encerrando sobre si mesmo pátios de arejamento interiores.



modelo 2

Por seu turno, o Hospital Conde de Ferreira, apesar de como já referido anteriormente, ter tido influência no Hospício D. Pedro II (Fig.85), aproximou-se mais do modelo H (modelo 2), à semelhança do Hospital de Wakefield, reinterpretando-o, ou seja, é composto por duas longas alas, em que na primeira se localizam as áreas administrativas e numa zona mais afastada e intimista, uma outra ala onde se desenvolvem as galerias dos pacientes.

Estes dois volumes são unidos, não por um, mas por dois elementos transversais, cada um com o seu género que fazem a transição entre o público e o privado, onde constam as enfermarias e áreas de arrumos e depósitos. Induzimos que tivesse sido uma tentativa de criar uma maior abertura para o exterior, face ao Hospício D. Pedro II, como se observa no esquema seguinte

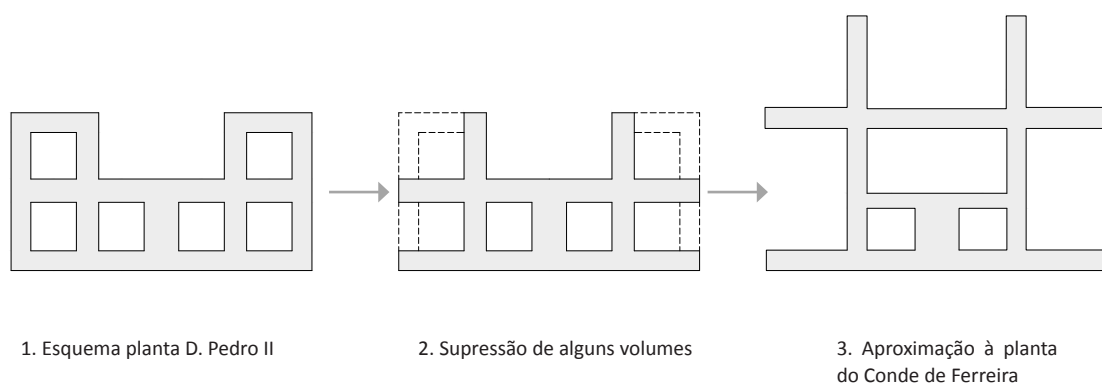


Figura 85: Esquema extrapolado da influência do Hospital D. Pedro II no Hospital Conde de Ferreira.

Fonte: Desenho de autor

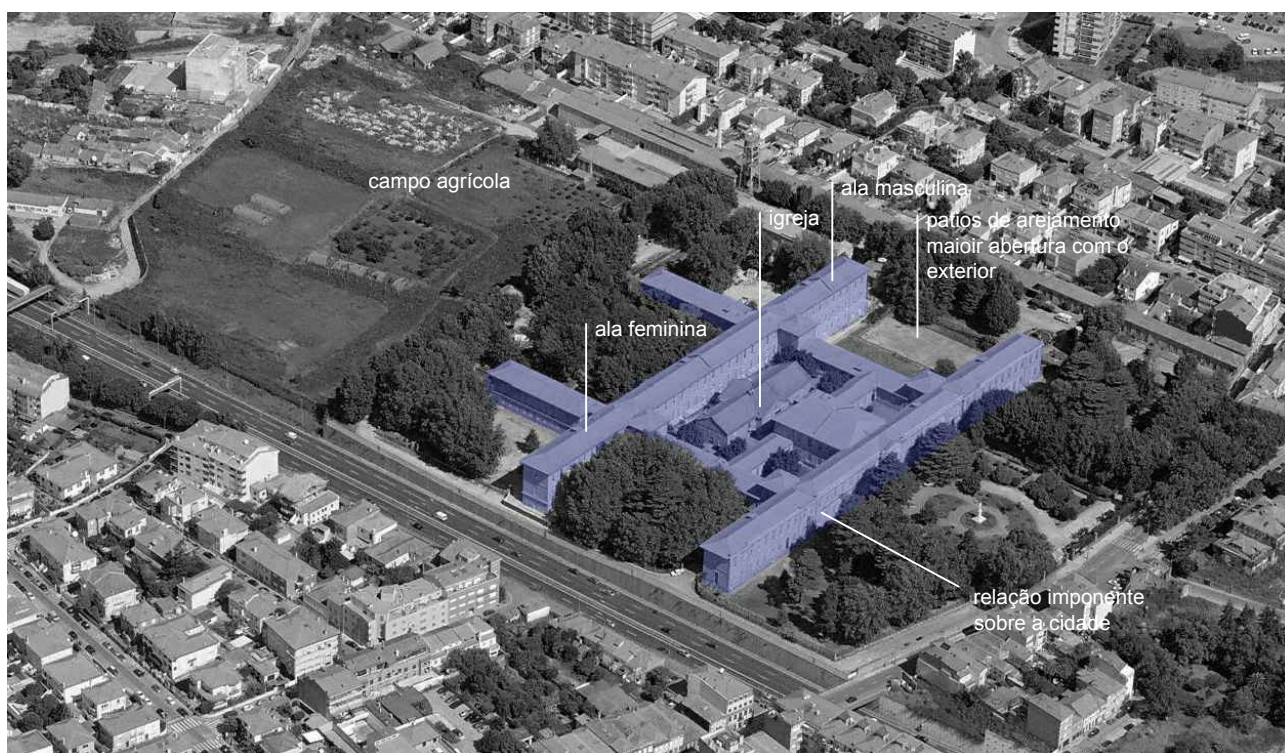


Figura 86: Vista aérea do Hospital Conde de Ferreira no Porto

Fonte: Desenho de autor baseado em <http://www.bing.com/maps/>, 2014

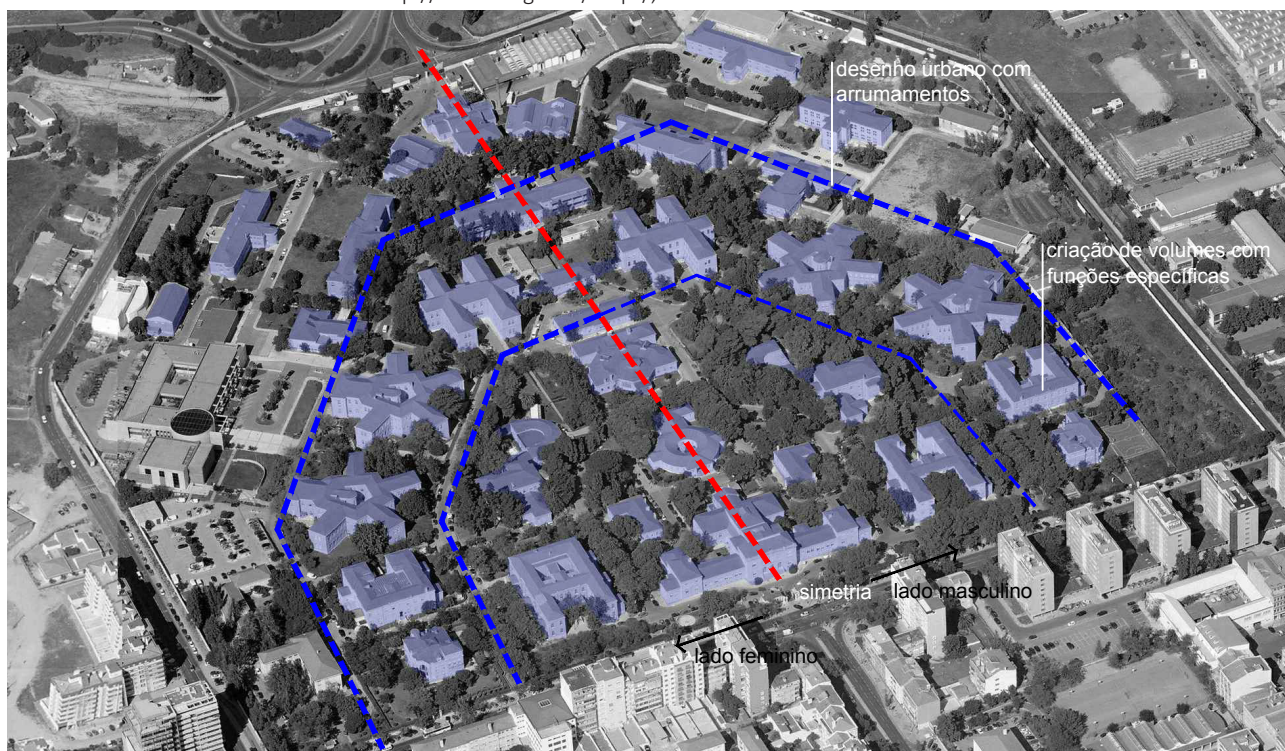
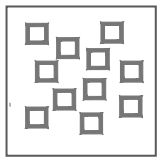


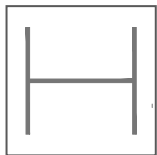
Figura 87: Vista aérea do Hospital Júlio de Matos em Lisboa

Fonte: Desenho de autor baseado em <http://www.bing.com/maps/>, 2014



modelo 3

O Hospital Miguel Bombarda e o Hospital Júlio de Matos possuem um modelo de implantação comum caracterizado por um posicionamento de vários edifícios espalhados ao longo de um vasto terreno criando um género de uma pequena povoação, com arruamentos e espaços verdes, em que cada volume edificado possui uma função específica e para um doente específico. Podemos identificar este conceito como o Modelo Pavilhões (modelo 3) do Dr Jacobi, no qual está inserido o Hospital feminino de Salpêtrière.



modelo 2

Contudo, inserido neste modelo mais abrangente e separando o volume respeitante à psiquiatria, podemos identificar o modelo da clínica psiquiátrica no Hospital Júlio de Matos que se distribui por dois volumes iguais tendo cada um o seu género e seguem o modelo H (modelo2) de Wakefield, com um elemento central onde funcionam as áreas administrativas e em que cada ala tem a sua própria enfermaria associada.

O Hospital Júlio de Matos apresenta uma peculiaridade interessante, ainda não vista neste tipo de modelo Pavilhões. Nos restantes exemplos analisados, a disposição dos volumes no terreno apresenta relações espaciais entre si mas não obedece a uma regra de conjunto, ao passo que no Júlio de Matos, apresenta uma intenção de desenho urbano com uma simetria bem vincada quer na implantação como na própria forma dos volumes e com uma definição clara de arruamentos que por sua vez configuram lotes.

Estes modelos tipológicos são de seguida apresentados em forma de esquema (Fig.88), tal como no capítulo anterior, que relaciona o tipo de construção, a localização e o modelo com cada hospital psiquiátrico exposto.

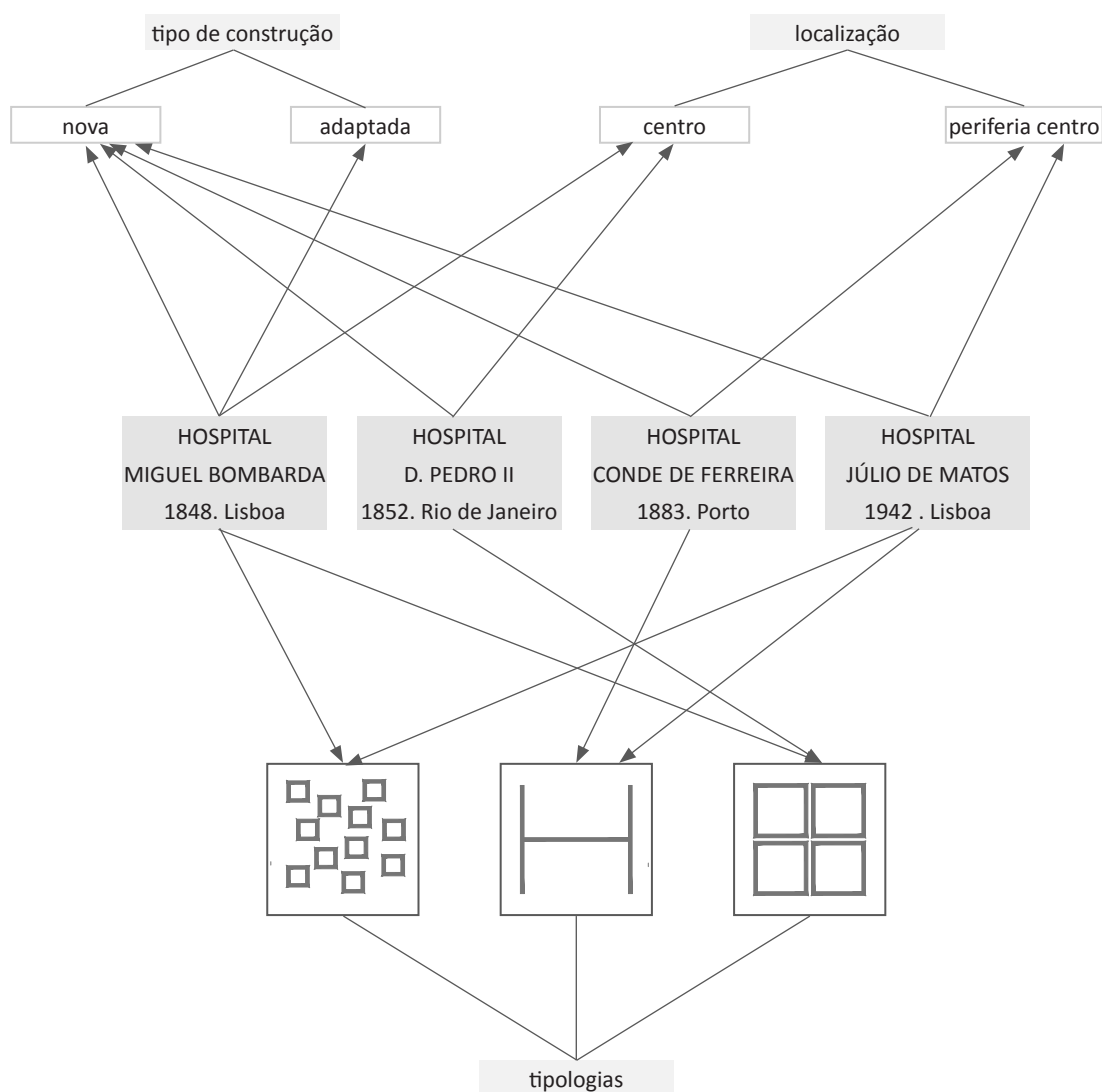


Figura 88: Esquema comparativo dos modelos nacionais

Fonte: Desenho de autor

Seguindo o princípio utilizado na análise dos casos de estudo europeus, neste sub capítulo analisa-se a volumetria, os alçados exteriores juntamente com o desenho dos vãos dos modelos portugueses, perceber a sua evolução ou estagnação face aos seus antecessores.

À medida que se comparam os alçados verifica-se que nos Hospital Miguel Bombarda (Fig.89), no Hospício D. Pedro II (Fig.90) e Hospital Conde de Ferreira (Fig.91), seguem uma linguagem imponente caracterizado por um volume de dois pisos que faz frente de rua extenso, na ordem dos 160 metros de comprimentos e uma cércea que rondam os 16 metros, que corresponderiam atualmente a cerca de quatro pisos de altura. Nos edifícios D. Pedro II e Conde de Ferreira é mantido o eixo de simetria bem definido e marcado pela entrada encimada por um frontão, à semelhança sobretudo dos modelos de Salpêtrière e Benthlem, aparecendo também em segundo plano a cúpula da capela ou da igreja.

Os alçados, são ritmados pela verticalidade dos vãos altos e estreitos nos casos do D. Pedro II e do Conde de Ferreira e por vãos mais quadrados e dimensões mais reduzidas no caso do hospital Miguel Bombarda refletindo a função primária a que tinha sido destinado. O embasamento continua a ser um elemento presente tal como nos modelos europeus já referenciados.

No hospital Júlio de Matos, apesar de não se conseguir obter informação gráfica, a separação dos volumes por especialidade, conferiu obviamente uma desfragmentação volumétrica, tornando cada volume com dimensões mais reduzidas. No entanto continua a existir uma evidente necessidade de marcação do edifício da administração sendo este o mais comprido e imponente. Denota-se pelas fotografias, que há uma manifesta simplificação do desenho dos alçados face ao apurado desenho neoclássico dos outros modelos apresentados.

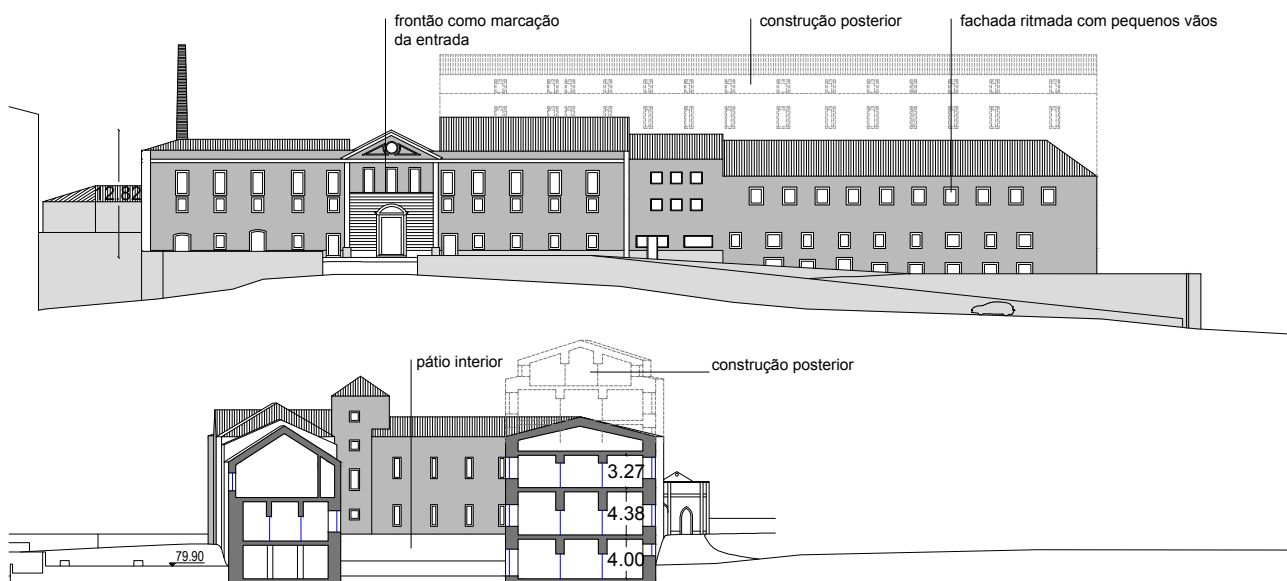


Figura 89: Alçado principal do Hospital Miguel Bombarda em Lisboa

Fonte: Desenho de autor baseado na informação fornecida pelo arquiteto Mário Colaço Sousa

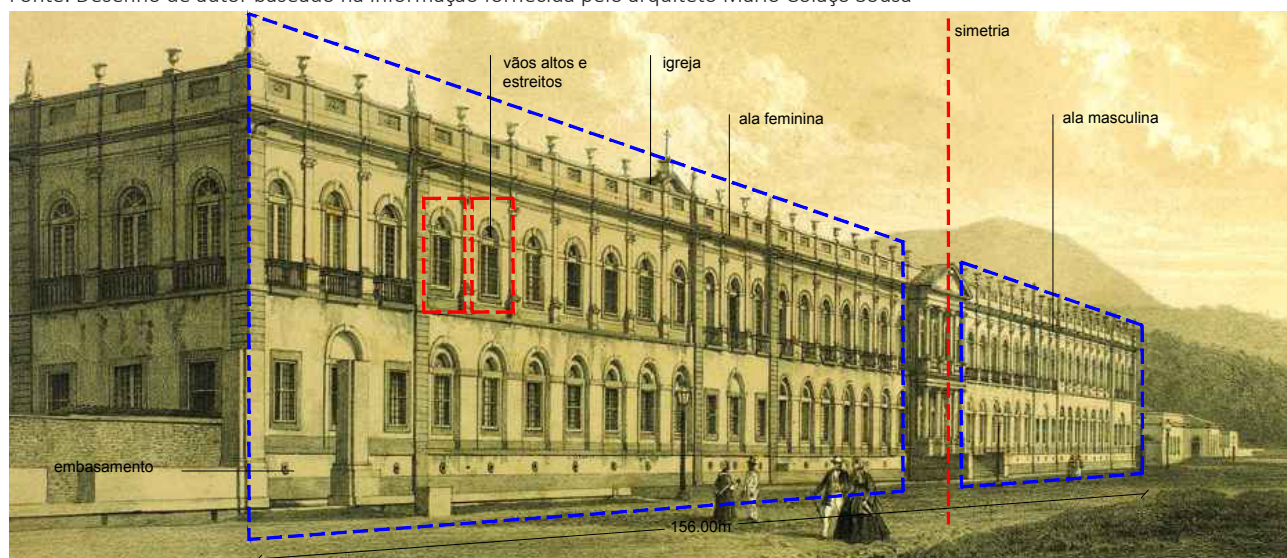


Figura 90: Pintura do alçado do Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro, 1859-1861

Fonte: <http://www.exposicoesvirtuais.arquivonacional.gov.br>

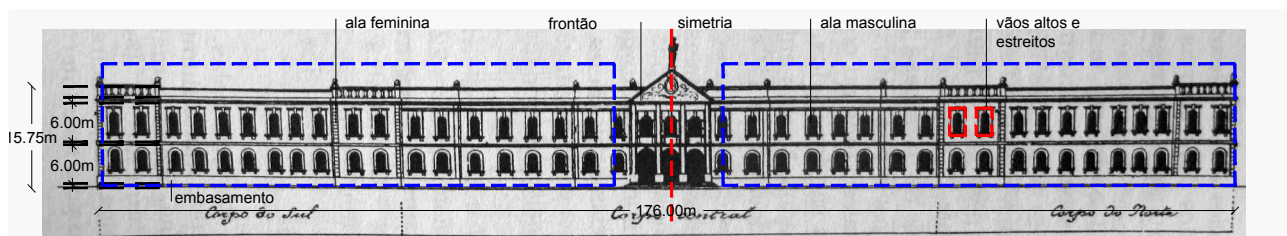


Figura 91: Alçado do Hospital Conde de Ferreira no Porto

Fonte: Autor baseado na alçada original fornecida pelo Doutor Adrian Gramary diretor clinico do Hospital Conde de Ferreira

No caso dos vãos exteriores utiliza-se a mesma estratégia de análise nos hospitais europeus através de esquemas em que se confronta o utilizador do espaço com a dimensão do vão, entrada de luz e tipo de ventilação (Fig.92).

Deste modo continua evidente que a ventilação natural e a iluminação são fatores garantidos.

Sobretudo dos modelos de Hanwell e de Charenton foi trazida a relação visual que o paciente tem com o exterior. É claramente assumida a janela mais baixa a cerca de um metro de altura, que permite uma convivência visual franca entre o interior e exterior. Este pormenor enaltece a importância que pretendiam que o exterior tivesse na forma de tratamento do doente mental. Ao mesmo tempo desmistifica a ideia de prisão e de clausura presente no pensamento dos modelos anteriores.

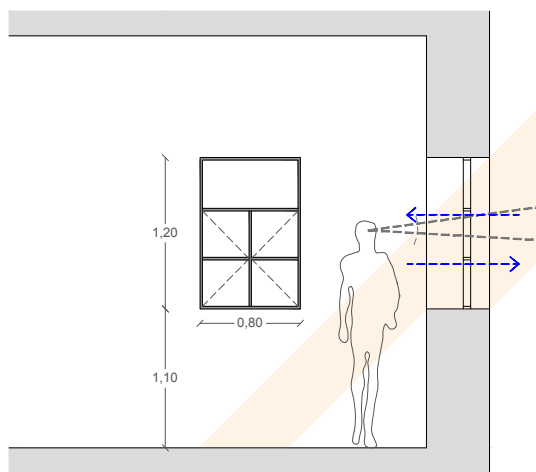
No Hospício D. Pedro II e por influência no Hospital Conde de Ferreira, sobressai a janela alta e estreita dando maior amplitude ao espaço mas sobretudo engrandecendo o desenho exterior.

No Hospital Miguel Bombarda, talvez por se tratar de uma adaptação de um antigo Convento onde a instrospeção era um elemento importante, a janela apresenta-se mais pequena.

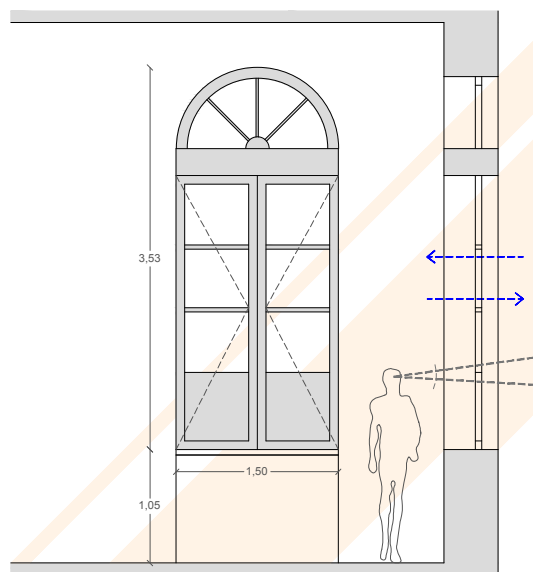
No Hospital Júlio de Matos, associando à ideia de maior simplicidade, a janela é também ela mais baixa no entanto bastante equilibrada face à volumetria do conjunto.

A evolução verifica-se essencialmente na relação aberta do interior com o exterior.

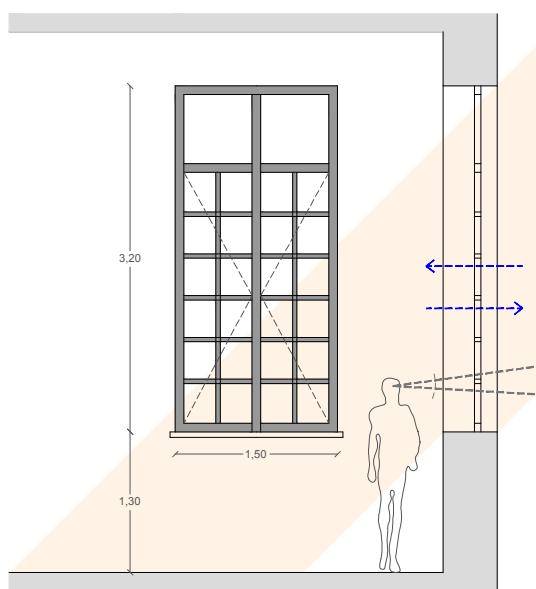
As imagens que se apresentam permitem ilustrar os vãos exteriores das celas destes hospitais psiquiátricos enquadrando-os no conjunto edificado.



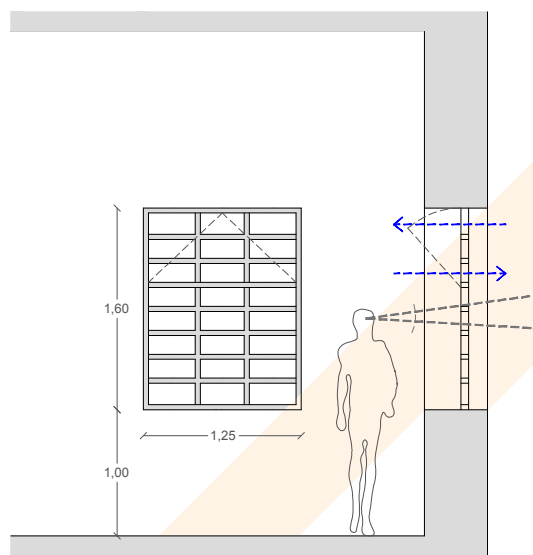
OBRA	HOSPITAL MIGUEL BOMBARDA
LOCALIZAÇÃO	quartos
CARACTERÍSTICAS	2 janelas de abrir
DIMENSÕES (largura x altura)	0.80x1.20m
MATERIAL	madeira e grades em ferro
VIDROS	vidro simples



OBRA	HOSPÍCIO D. PEDRO II
LOCALIZAÇÃO	quartos
CARACTERÍSTICAS	2 janelas de abrir
DIMENSÕES (largura x altura)	1.50x3.53
MATERIAL	madeira
VIDROS	vidro simples



OBRA	HOSPITAL CONDE DE FERREIRA
LOCALIZAÇÃO	quartos
CARACTERÍSTICAS	2 janelas de abrir
DIMENSÕES (largura x altura)	1.50 x 3.20m
MATERIAL	madeira
VIDROS	vidro simples



OBRA	HOSPITAL JÚLIO DE MATOS
LOCALIZAÇÃO	quartos
CARACTERÍSTICAS	janela fixa + janela basculante
DIMENSÕES (largura x altura)	1.25 x 1.60m
MATERIAL	madeira
VIDROS	vidro simples

Figura 92: Esquemas funcionais dos vãos exteriores das celas dos modelos nacionais

Fonte: Desenho de autor

Hospital Miguel Bombarda . 1848 . Lisboa



Figura 93: Vista exterior de uma ala (esquerda) e imagem interior da enfermaria (direita)

Fonte: Arquiteto Mário Colaço Sousa

Hospício D. Pedro II . 1852. Rio de Janeiro . Brasil

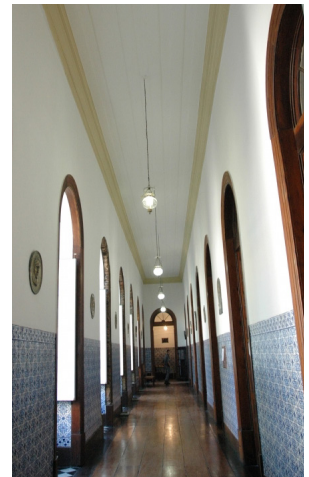
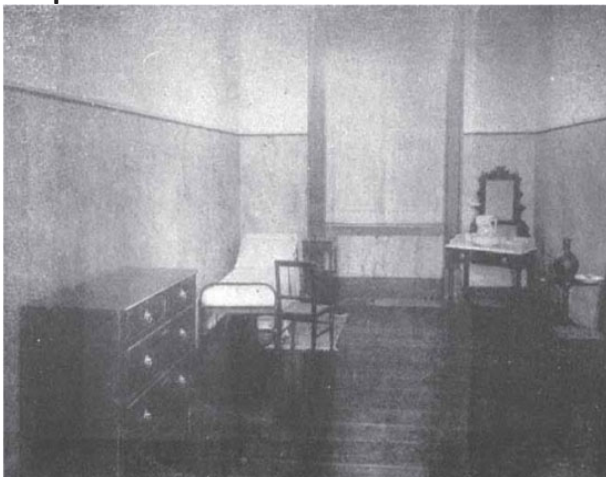


Figura 94: Imagem de um quarto de pensionista (esquerda) e imagem exterior e interior do corredor (direita)

Fonte: <http://www.imagem.ufrj.br>

Hospital Conde de Ferreira . 1893 . Porto

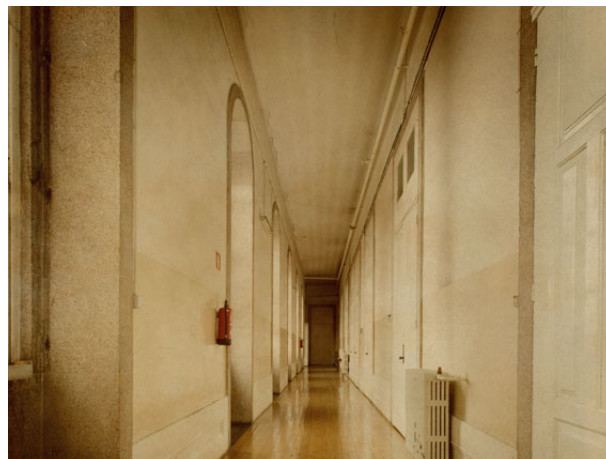
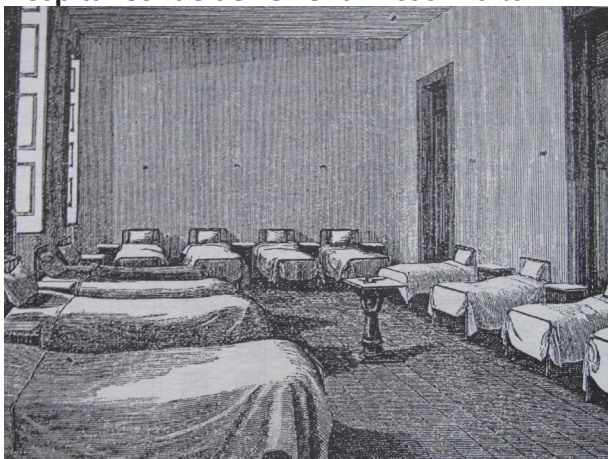


Figura 95: Imagem interior de um dormitório (esquerda) e interior do corredor (idêntico ao D.Pedro II) (direita)

Fonte: Senna, António Maria de. (2003). *Os Alienados em Portugal I: história e estatística: Hospital do Conde de Ferreira*, p.310 e <http://www.inesdorey.com>

Hospital Júlio de Matos . 1942 . Lisboa



Figura 96: Alçado de uma das alas dos quartos (esquerda) e imagem interior da enfermaria (direita)

Fonte: Arquivo Municipal de Lisboa

É notória uma evolução na concepção dos espaços exteriores relativamente aos modelos europeus, aproximando-se ao apresentado no Hospital de Salpêtrière. Na sua maioria, os pátios de arejamento, outrora confinados a uma determinada ala, dão lugar a amplos espaços verdes espalhados pelo terreno, em que o paciente deambula livremente entre eles (Fig.97 e Fig.98).

O Hospital D. Pedro II e o Hospital Conde Ferreira, apresentam ainda na sua gênese o conceito utilizado na maioria dos exemplos europeus, com o desenho de pátios de arejamento separados por sexos e por tipo de enquadramento clínico. No entanto, o Hospital Conde Ferreira, ao eliminar, como já referido, algumas barreiras volumétricas na configuração do seu volume, possibilita uma abertura mais franca com o exterior e criando jardins circundantes tornam-se um prolongamento visual dos pátios de arejamento.

Uma das semelhanças entre o Hospital Miguel Bombarda e Hospital de Matos é que todos os edifícios estão rodeados por jardins, ruas e canteiros, dando um aspeto mais orgânico à implantação, adquirindo o Hospital Júlio de Matos uma percentagem de 63% de jardins no terreno, o que se conclui que os espaços verdes eram pensados e criados com o propósito de ajuda.

Após análise das diferentes áreas verdes em todos os Hospitais denota-se que apenas no Hospital Conde Ferreira existe terreno agrícola. Este hospital apresenta uma teoria que defendia que os pacientes poderiam ajudar na agricultura como forma de terapia e de integração no meio natural da sociedade, adquirindo 35% de todo o terreno no Conde Ferreira, cerca de um terço do terreno para esse fim.

Termina-se o capítulo com um quadro síntese que permite determinar que a evolução arquitetónica nos hospitais psiquiátricos em Portugal deu-se sobretudo na emancipação das enfermarias. Ressalta-se que os espaços verdes permanecem elementos importantes com elevada taxa de ocupação.

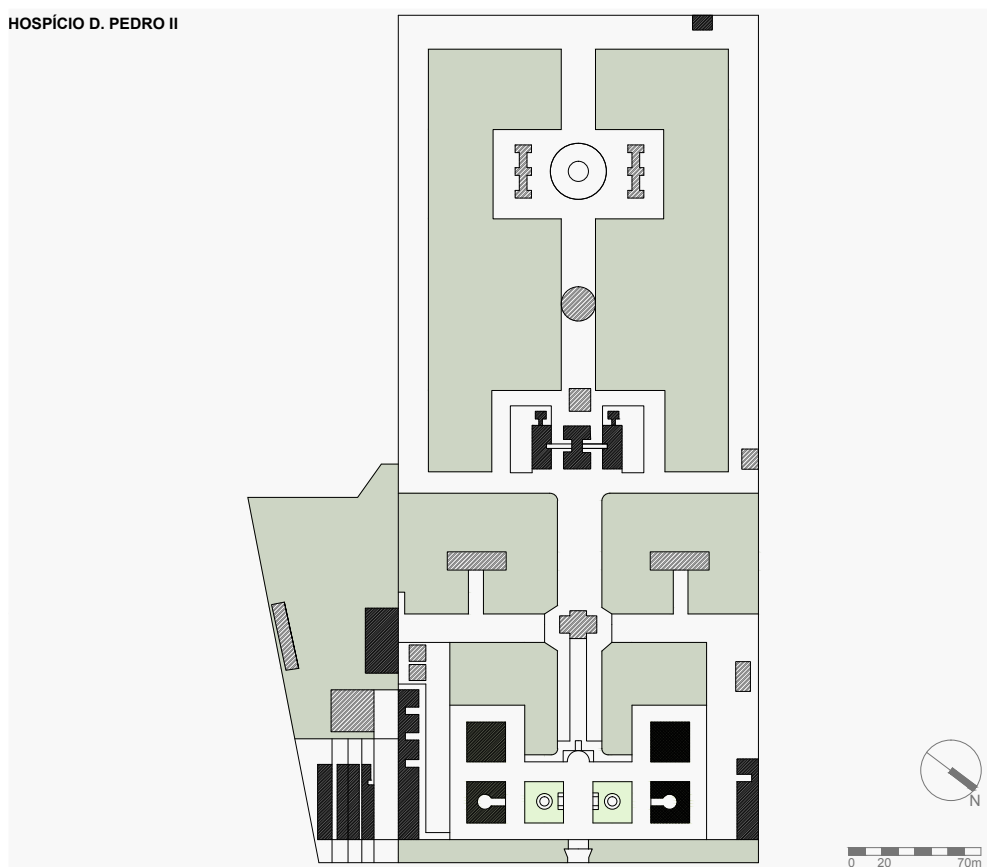
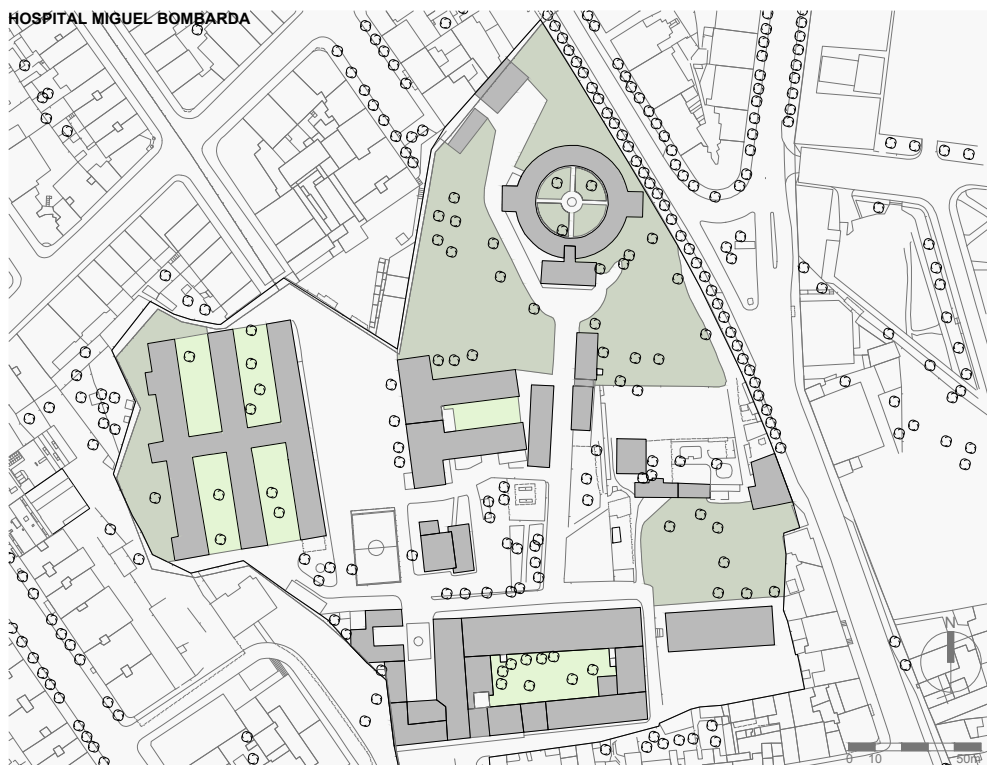
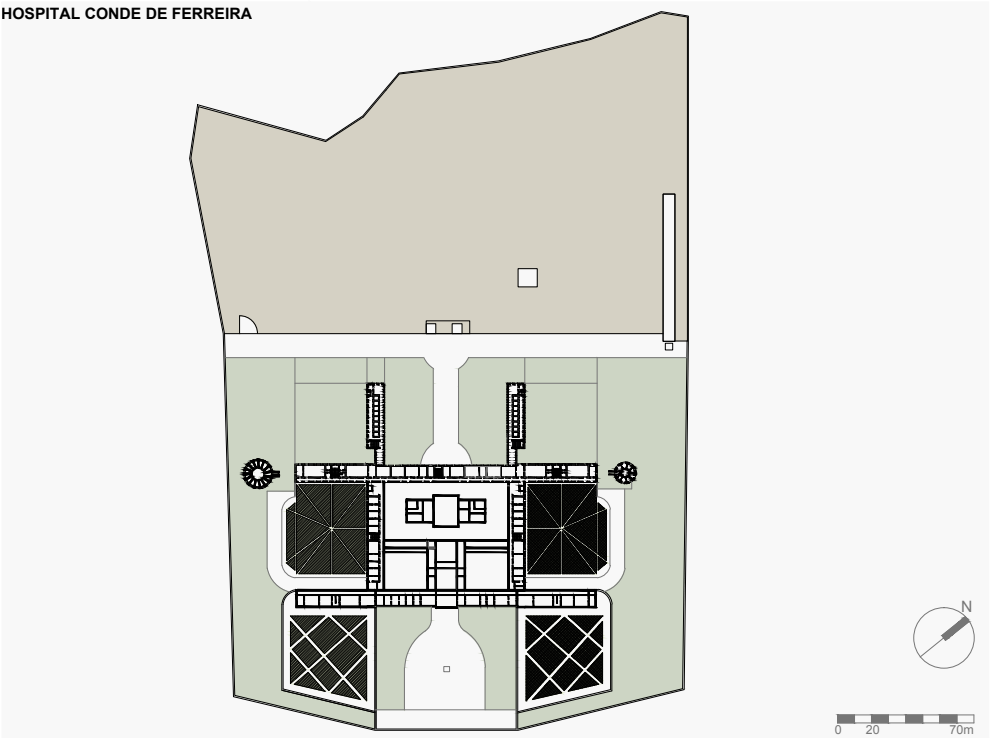


Figura 97: Plantas dos espaços exteriores dos modelos nacionais

Fonte: Autor

HOSPITAL CONDE DE FERREIRA



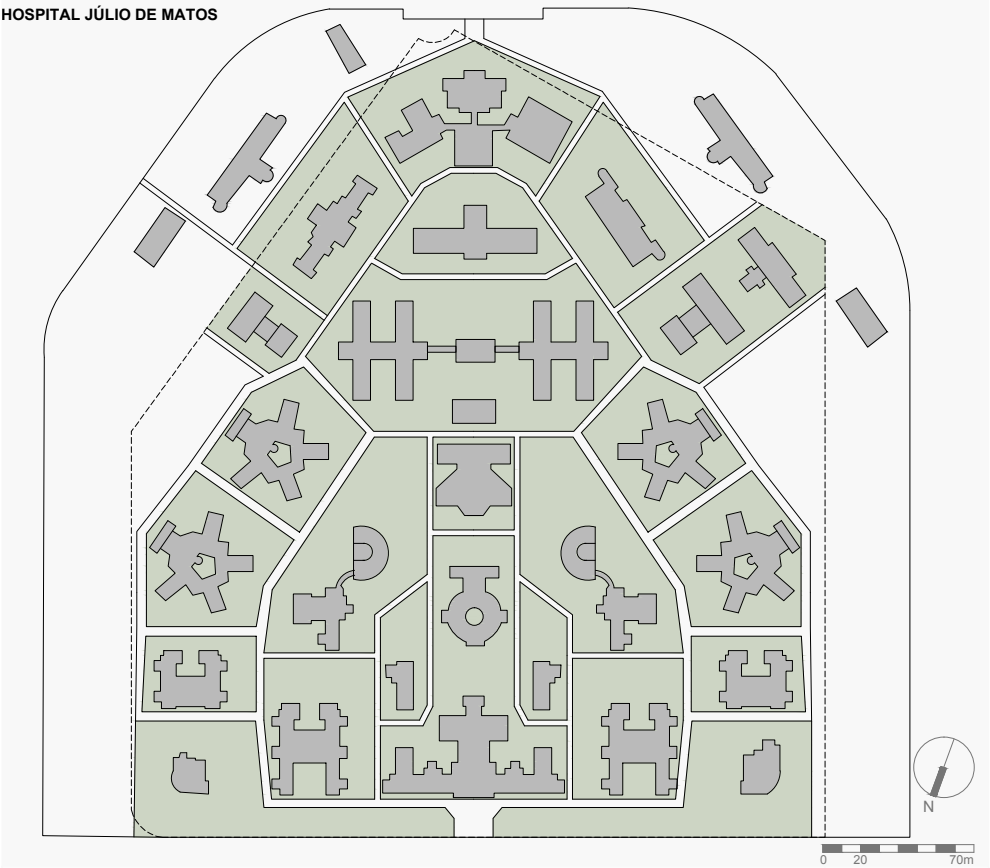
Áreas gerais

Terreno: 120.000m²
Pátios Fem. e Masc.: 8.000m²
Jardins: 22.300m²
Área Agrícola: 41.800m²

Legenda

- pátios de arejamento feminino
- pátios de arejamento masculino
- jardins
- terreno agrícola

HOSPITAL JÚLIO DE MATOS



Áreas gerais

Terreno: 184.000m²
Jardins: 115.300m²

Legenda

- jardins

Figura 98: Plantas dos espaços exteriores dos modelos nacionais

Fonte: Desenho de autor

Termina-se o capítulo com um quadro síntese (Fig.99) que permite determinar que a evolução arquitetónica nos hospitais psiquiátricos em Portugal deu-se sobretudo na emancipação das enfermarias. Ressalta-se que os espaços verdes permanecem elementos importantes com elevada taxa de ocupação.

	Hospital Miguel Bombarda	Hospital D. Pedro II	Hospital Conde de Ferreira	Hospital Júlio de Matos
ano	1848	1852	1883	1942
localização	Lisboa	Rio de Janeiro	Porto	Lisboa
função primária	Convento de Rilhafoles	Hospital dos alienados	Hospital dos alienados	Asilo dos alienados
função actual	Hospital Psiquiátrico	Universidade Federal	Centro Hospitalar Psiquiátrico	Centro Hospitalar Psiquiátrico
nº de pisos	variável	2	2	2
Dimensões Gerais(m)				
cércea dominante	12,82	-	15,75	19,50
fachada principal	96,00	-	176,00	73.000
Áreas (m2)				
terreno	42.200	127.400	120.000	184.000
implantação	3.400	7.000	7.730	2.600
área bruta construção	9.300	14.000	15.460	5.240
galerias Fem.	0	2.600	960	140
% ocupação da abc	0%	19%	6%	3%
galerias Masc.	-	2.600	960	140
% ocupação da abc	-	19%	6%	3%
quartos	1.300	-	0	0
% ocupação da abc	14%	-	0%	0%
enfermarias	3.340	desconhecido	508	2.720
% ocupação da abc	36%	-	3%	52%
pátios F e M	0	2.000	8.000	0
% ocupação do terreno	0%	2%	7%	0%
pátios	3.000	2.000	0	0
% ocupação do terreno	7%	2%	0%	0%
jardins	9.700	63.500	22.300	115.300
% ocupação do terreno	23%	50%	19%	63%
terreno agrícola	-	-	41.800	0
% ocupação do terreno	-	-	35%	0%
Programa				
diferenciação por géneros	Sim	Sim	Sim	Sim
diferenciação por classes	Sim	Sim	Sim	Não
capela/igreja	Sim	Sim	Sim	Não
enfermarias	Sim	desconhecido	Sim	Sim
panóptico	Sim	desconhecido	Sim	Não
Vãos exteriores				
dimensão	0,80x1,20m	1,50x3,53m	1,50x3,20m	1,25x1,60m
área	0,96m2	5,30m2	4,80m2	2,00m2
material	madeira	madeira	madeira	madeira

Figura 99: Quadro Síntese dos modelos nacionais

Fonte: Desenho de autor

"Um olhar que vigie, e que cada um, sentindo pesar sobre si mesmo, termine por interioriza-lo até ao ponto de se vigiar a si mesmo; cada um exercerá esta vigilância sobre e contra si mesmo" (Foucault, 1980, p.8).



Figura 100: O Olho do Poder , Foucault

Fonte: Foucault, Michel. (1987). *Vigiar e Punir - nascimento da prisão*.

O tema do panótico começou por surgir na análise do Hospitais de Wakefield e de Hanwell em Inglaterra, conceptualmente refletido sob a forma de torres de vigia colocadas na interseção das alas, com o intuito de vigilância.

Curiosamente, este mesmo elemento surge em dois dos modelos portugueses apresentados, nomeadamente os hospitais Miguel Bombarda em Lisboa e o Conde de Ferreira no Porto. Deste modo, considera-se pertinente uma breve exposição sobre este conceito, definindo a sua origem e função.

Por falta de informação dos outros modelos, recolhe-se os hospitais Miguel Bombarda e Conde de Ferreira.

Idealizado pelo filósofo e jurista Jeremy Bentham, o panótico foi apresentado como uma estrutura física (Fig.102), elaborada na primeira metade do século XVIII, que teve na sua base um projeto da escola militar de Paris que tinha no centro a ideia de supervisionar os alunos. Partindo deste pressuposto, Bentham, criou o panótico, que foi primariamente aplicado no contexto judicial, mais concretamente nas prisões. Tendo por base a ideia de supervisão Bentham (1787), projeta um edifício que tem por objetivo exercer controlo social sobre os indivíduos, edifício este que deveria possuir diferentes celas, apresentar uma construção circular e estar centrado sobre um pátio, no qual teria uma torre que permitiria a vigilância das celas, quer da parte externa, quer interna, ou seja, permitir que tudo seja altamente observável.

O panótico concentra-se numa estrutura arquitectónica em forma de aro, em que o centro deveria possuir uma torre na qual estaria albergado um vigilante. O edifício seria ainda dividido em celas implantadas junto da parede externa, elas davam para o interior e para o exterior, sendo que o responsável pelo processo de vigilância poderia fazê-lo por toda a cela, dado que não havia nenhum ponto de sombra e por conseguinte, tudo que o indivíduo fazia estava exposto aos olhos de um vigilante, que o observava através de persianas, postigos semi-cerrados, sem que este se apercebesse que estava a ser alvo deste processo de vigilância (Foucault, 1987).

O panotismo é a observação total por parte de alguém, sem que o observado saiba que está a ser observado, isto é:

“(...) é induzir no detido um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento autoritário do poder. Fazer com que a vigilância seja permanente nos seus efeitos...que a perfeição do poder tenta tornar inútil a actualidade do seu exercício (...)” (Foucault, 1987, p.166).



Figura 101: Prisão Presidio Modelo - modelo de Bentham. vista aérea

Fonte: http://en.wikipedia.org/wiki/Presidio_Modelo

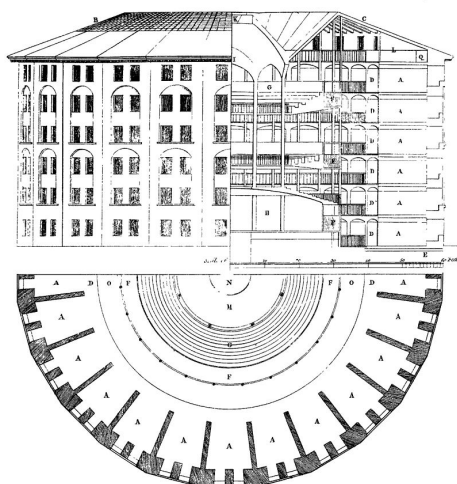


Figura 102: Panóptico de Bentham em Inglaterra. planta e corte esquemático

Fonte: <http://olharparaofim.blogspot.pt/2012/02/construcoes-sinistras-os-panopticos-de.html>



Figura 103: Panóptico de Bentham em Inglaterra . vista interior

Fonte: <http://k-brooks1114-dc.blogspot.pt/2012/10/lecture-threepanopticismoug501.html>

Bentham recomendava este formato arquitectónico não só para prisões mas sim para todas as instituições nas quais fosse preciso ou necessária a observação das pessoas, como as casas de correcção, hospitais, asilos para pobres, fabricas, manufacturas, oficinas, escolas e penitenciarias.

O fato é que o conceito e aplicação do panótico pareceu agradar a muitos administradores públicos, dado que a ideia apresentada parecia ser muito mais barata do que aquela até à data utilizada uma vez que permitia diminuir o número de guardas responsáveis pelos prisioneiros, o que se traduziu na sua aplicação prática em vários prédios, sem ser em exclusivo nas prisões, como foi o caso dos hospitais psiquiátricos que se irá abordar nos pontos seguintes (Foucault, 1987).

Os trabalhos desenvolvidos por Tadeu (2002) partiram das próprias cartas de Bentham (1787) ressaltando que,

“O Panótico não é uma prisão. É um principio geral de construção, o dispositivo polivalente da vigilância, a máquina óptica universal das concentrações humanas. (...) Nos pontos situados sobre a circunferência das celas tudo se inverte: impossível olhar para fora... se comunicar com o ponto vizinho...distinguir o ponto central. Esta configuração instaura então uma dissimetria brutal da visibilidade. O espaço fechado é sem profundidade, planificado, oferecido a um olho único, solitário, central... banhado de luz (...)” (Silva, 2002, p.77).

O conceito de panótico, como se pode verificar nos parágrafos anteriores parece apresentar-se como uma espécie de anatomia do espaço, em que o seu objeto e finalidade não é tanto a imposição de uma relação de soberania, mas sim de disciplina como Foucault defendia e demonstrava ser necessário, disciplina esta imposta sobre a forma de uma visão mascarada, dissimulada por paredes e escondida dos olhares daqueles que se encontravam a ser vigiados.

Independentemente das ilações que se possam construir sobre conceito de panótico, o importante para a presente dissertação é ter consciência de que forma é que este foi implemen-

tado, mais propriamente aplicado nos hospitais psiquiátricos que se encontram a estudo. Assim sendo, se irá abordar de forma detalhada o panótico de dois hospitais: Hospital Conde Ferreira e do Hospital Miguel Bombarda, procurando no final fazer uma comparação com o conceito de panótico apresentado por Bentham (1975) e de acordo com as ilações apresentadas por Foucault (1987), aquele que mais se centrou no estudo deste conceito e sua aplicação prática em outras áreas que não nas prisões.

O Hospital Conde Ferreira apresentou-se como um grande avanço no que diz respeito quer à estrutura hospitalar em si, quer no que diz respeito aos tratamentos inovadores que incluiu no seu repertório de tratamento de doenças mentais. Apesar de haver esta preocupação na altura da sua construção, hoje, ano de 2014, o Hospital Conde Ferreira, encontra-se nas mesmas instalações, contudo, a área circundante encontra-se completamente urbanizada.

“Hospital Conde Ferreira(...) é o hospital psiquiátrico que, no imaginário da cidade, corresponde a todos os estereótipos associados à loucura, como se elas fosse um território que importasse confinar (...) sequência que reflectisse formalmente a questão da deslocação, no imaginário foucaultiano do hospital psiquiátrico e da prisão do século XIX, a questão do controlo, da vigilância e da punição.”(Silva,2001,p.6)

É no contexto de Foucault, que se entra no conceito de panóptico no Hospital Conde Ferreira (Fig104.), que se instala na arquitetura do hospital como o edifício que permite a visão total sobre tudo com o objetivo de vigiar, ver e punir. Neste hospital em concreto, este edifício apresenta-se como

“(...)poliédrico, com sete celas, que funciona como um simulacro do panóptico (...) ele passa a funcionar como o lugar onde é possível ver, não tudo, mas todos. Como um sistema de distribuição e de organização das múltiplas intervenções.”(Silva,2001,p.6)

De acordo com documentos internos recolhidos, o panóptico do Hospital Conde Ferreira encontrava-se dividido num único piso (rés do chão) de pé direito de 1,50 m e andar que ocupa uma área coberta de cerca de 125 metros quadrados. Este andar tem apenas acesso exterior através de uma escada em cantaria, sendo que na atualidade não tem qualquer utilidade. No rés do chão tem cinco arrecadações e no andar tem 6 divisões, sendo que 7 das quais eram os antigos quartos de isolamento de doentes (Fig.105 e Fig.106).

O chão é em cimento e o do andar no qual se encontravam os quartos em madeira (documento interno, 1980).

Sena (2003), no seu livro *Os Alienados em Portugal*, embora não faça uma clara referên-

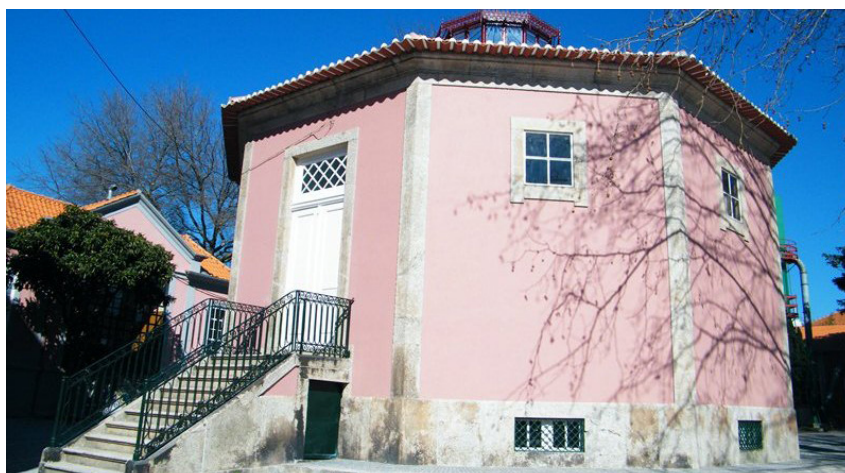


Figura 104: Panóptico do Hospital Conde de Ferreira no Porto . Vista exterior
 Fonte: <http://www.scmp.pt/>, 2014

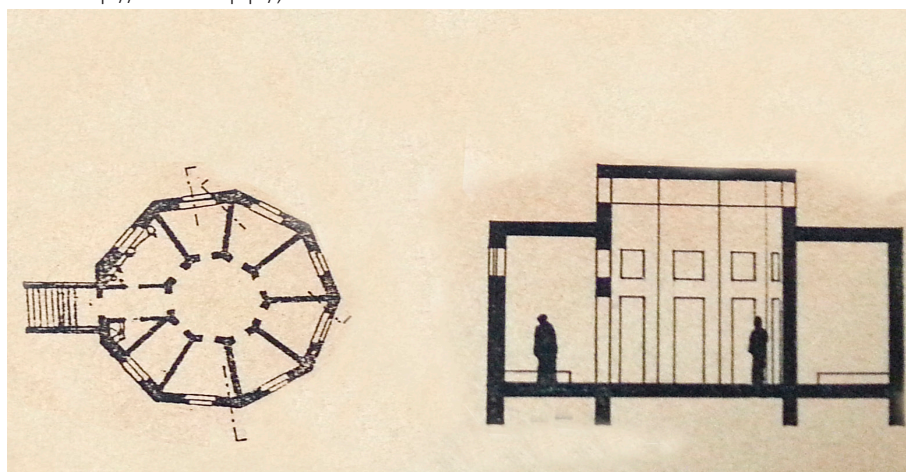


Figura 105: Panóptico do Hospital Conde de Ferreira no Porto. planta e corte tipo
 Fonte: <http://www.scmp.pt/>



Figura 106: Panóptico do Hospital Conde de Ferreira no Porto . Vista interior
 Fonte: <http://www.scmp.pt/>

cia à presença do panótico no Hospital Conde Ferreira, parece descrever as condições em que os pacientes se encontravam, dado que é importante referir aqui que o artigo de Silva diz respeito ao edifício reconhecido como modelo de panótico do Conde Ferreira, sendo que o original foi demolido aquando as obras de uma via estruturante da cidade. Dentro deste contexto, pode-se dizer que o panótico do Hospital Conde Ferreira:

“(...) compõem-se...de uma galeria ampla, muito iluminada pela luz natural, e de 7 células cada uma, tendo a mais uma saleta, e quarto para enfermeiro. Há de especial nestas enfermarias as portas e janelas das células. As primeiras são de madeira, chapeadas de folha de ferro pela face interna, e tem ao meio um postigo cuja porta abre para baixo (...) Mais acima... tem cada porta dois buracos circulares, por onde se vigia o doente. S janelas ficam fronteiras às portas, e abertas a uma altura suficiente elevada para que doente, mesmo de pé sobre o leito, não possa subir a elas (...) Destina-se a doentes agitados e imundos.” (Sena, 2003, p. 302-304).

Pavilhão de Segurança (Fig.107), conhecido ou designado também por 8ª enfermaria, foi elaborado pelo arquiteto Nepomuceno e construído no ano de 1896. Tinha como principal objetivo albergar nas suas instalações os alienados criminosos, criar um espaço que permitisse separar os assassinos e ladrões das pessoas honestas, tornando-se o primeiro imóvel do género a ser construído em Portugal, seguindo os preceitos do modelo de arquitetura prisional do sistema de panótico, funcionando até o ano 2000, ano em que foi desativado.

Não passava de um edifício, experimental e vanguardista, singular sem igual na arquitetura portuguesa, uma vez que apresentava uma estrutura circular (panótica), perfeitamente simétrica e tinha em conta todos os detalhes propostos por Bentham no que diz respeito à simetria e à necessidade de ser uma construção fechada para o exterior, mas aberta para o interior, sem arestas ou factores potenciais de risco (Freire, 2009). O Pavilhão de Segurança localiza-se:

“(...) no extremo oposto ao edifício principal e bastante afastado do edifício em parte telefónico, o que resulta da sua finalidade prisional e de separação relativamente aos restantes doentes. É composto por um Corpo Circular, onde se localizava o espaço de internamento/ reclusão, e por um corpo rectangular, espaço de acesso, de apoio à enfermagem.” (Cintra, 2012, p. 58).

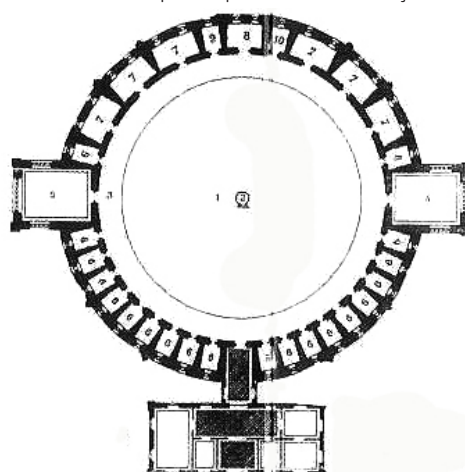
No que diz respeito ao corpo rectangular, as características deste são neoclássicas, com um pé direito elevado e com 14 janelas que respeitam a normas de luminosidade e ventilação impostos pela arquitetura hospitalar do século XX, ao mesmo tempo que possuía ainda uma porta larga, com um frontão rectangular. O corpo circular é composto por 20 celas na zona mais próxima da entrada e com seis dormitórios na zona mais afastada, sendo que:

“(...) na zona intermédia, ladeando o pátio, sobressaindo da parede circular externa, localizam-se duas salas: a poente o Refeitório e a nascente a Sala de Reunião. No lado oposto à entrada, a zona da higiene: a Casa de Banhos, Retrete e Lavatório.” (Cintra, 2012, p. 61).



Figura 107: Pavilhão de Segurança do Hospital Miguel Bombarda . vista aérea (1948)

Fonte: Fornecido por arquiteto Mário Colaço Sousa



1. Pátio
2. Torre de vigilância
3. Alpendre
4. Sala da Reunião
5. Refeitório
6. Celas
7. Dormitórios
8. Casa de Banhos
9. Lavatório
10. Retretes
11. Zona de enfermagem e apoio, átrios

Figura 108: Pavilhão de Segurança do Hospital Miguel Bombarda . planta (1948)

Fonte: Fornecido por arquiteto Mário Colaço Sousa



Figura 109: Pavilhão de Segurança do Hospital Miguel Bombarda . Vista interior

Fonte: Fornecido por arquiteto Mário Colaço Sousa

Apesar de tudo, este hospital é uma reprodução do modelo do “Panopticon” de Jeremy Bentham, de 1787. Não é mais do que um modelo circular de prisão com uma torre central de vigia e controlo (Fig.108).

“(...) Porém, estamos perante uma influência parcial, (...) o pátio é aqui ao ar livre (...) o edifício é de um piso e não havendo galerias, o pátio é o lugar de circulação entre os compartimentos, portanto quase uma praça, com bancos de estar junto às portas das celas (...)” (Freire, 2009, p. 42).

Pode-se mesmo considerar que esta ideia, de um pátio amplo e não de um espaço fechado, pode mesmo ter sido uma ideia do próprio Miguel Bombarda, dado que ele considerava que a presença de espaços abertos contribuía para uma melhoria progressiva dos estados mentais dos doentes, diminuía a propagação de doenças transmissíveis e diminuição das taxas de mortalidade (Fig.109).

Esta sua concepção em forma circular com um pátio aberto em frente às celas, parece constituir-se como um avanço no que diz respeito aos processos e orientações no tratamento dos doentes mentais, ao mesmo tempo que nos remete para os trabalhos desenvolvidos por Pinnel e Esquirol que defendiam a necessidade do doente estar em espaços abertos, com luminosidade natural e nos quais se pudessem movimentar para que pudessem melhorar o seu estado mental.

Embora apresentasse melhorias face ao conceito de panótico original, este continuava a mostrar os seus aspectos negativos, sobretudo no tratamento dos doentes dado que:

“Na sua concepção e organização, a segurança foi privilegiada em detrimento da habitabilidade (...) foi sempre utilizado acima das suas capacidade... o que detiorava substancialmente os cuidados de saúde e as condições de alojamento. A sobrelota-

ção levou a que a Sala de Reunião fosse transformada em dormitório. O mobiliário e acessórios eram paupérrimos, restringindo-se a uma cama e um bacio. Os doentes permaneciam inactivos durante o dia, deambulando pelo pátio ou ficando sentados nos bancos. Muito poucos tinham algum tipo de trabalho ou ocupação.” (Cintra, 2012, p. 64-65).

Para concluir, tal como acontecia nos restantes pavilhões do Hospital Miguel Bombarda, também o Pavilhão de Segurança apresentava sobrelotação e uma série de problemas como falta de condições e a presença de uma constante vigilância de doentes. Até à data de encerramento do Hospital, este continuava a ser uma das áreas que albergava doentes mas em nenhum momento foi desenvolvido trabalho de reintegração para a vida social.

"Aportar através del espacio una forma de apaciguamiento en el sufrimiento es en sí, un objetivo" (Castro,2011,p.21).

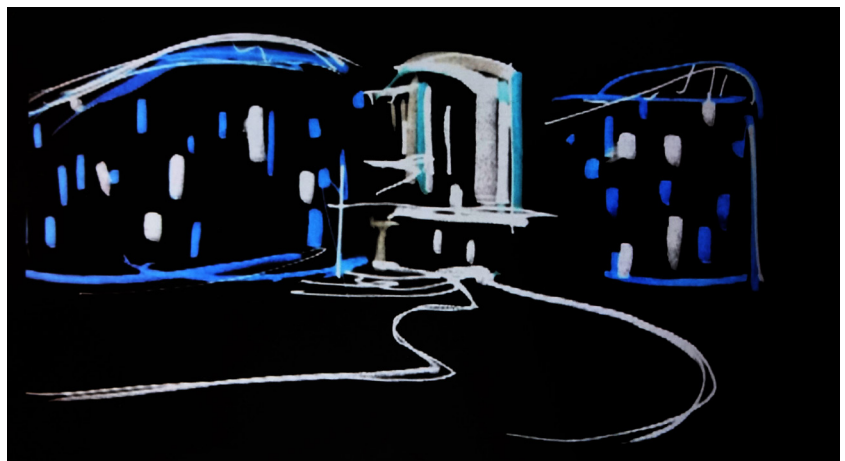


Figura 110: Esquisso de Victor Castro, arquiteto

Fonte: Castro, V. (2011). *La arquitectura, Los Pacientes*, p. 10

O Hospital não é projetado apenas para proteger da chuva e do frio, ele é um componente essencial na relação que estabelecem os homens e o mundo em seu comportamento e a imagem que se deseja projetar. Se a psiquiatria tenta reparar o defeito entre o paciente e seu meio ambiente, ele pode contar com a arquitetura, considerando-a como um meio pelo qual pacientemente pode dar a volta às pessoas que têm uma imagem positiva de seus corpos e sua presença no mundo (Laudat, 2005, p. 5).

A história tem mostrado as limitações do uso de modelos arquitetônicos em psiquiatria. Se o conhecimento do meio ambiente e do confronto com problemas recorrentes nessa área são ferramentas essenciais, tendo em conta as especificidades de cada projeto, sejam eles médicos, assistentes sociais ou técnicos, é fundamental a procura de propostas pertinentes.

Após toda uma reflexão sobre os hospitais psiquiátricos entre os séc.XVII e XX, pretende-se neste capítulo fazer um breve apontamento dos conceitos utilizados no presente século.

Deste modo, se apresentam duas obras de dois arquitectos cuja obra se centra fundamentalmente na elaboração de projetos de psiquiatria, nomeadamente o arquiteto francês Bruno Laudat e o arquiteto colombiano Victor Castro. E através da visão deles perceber, se na linha de pensamento destes autores, existem influências dos seus antecessores e quais as novas preocupações que surgiram com a evolução do tempo e as soluções por eles preconizadas.

O arquiteto Bruno Laudat, especialista à mais de uma década em arquitetura psiquiátrica, foi convencido por Michael Triantafyllou, psiquiatra francês com ideais mais avançados na psiquiatria do setor hospital, a construir uma experiência real nesta arquitetura específica.

Laudat usa como ferramentas conceituais: o espaço vazio possível entre a localização e o espaçamento; a diversidade como ferramenta terapêutica sensorial; o acompanhamento como resposta a um fator de crise de propriedade do lugar; a estética contemporânea e a implantação urbana como veículo da integração social (2005).

*“A história tem revelado limitações no uso de modelos arquitetônicos em psiquiatria.”
(Laudat, Pascal, Courteix, Thoret, 2008, p.8).*

Segundo Laudat, a arquitetura não tem responsabilidade direta, os edifícios foram construídos sem a qualidade exigível e a resposta às exigências e estratégias para o seu desenvolvimento, não foram tidas em conta, resultando numa falta de visão a longo prazo. Existem vários hospitais que foram construídos ou reestruturados sem projeto, estendendo a um processo de evolução confuso e incoerente (2005).

Como escrito no artigo *“Architecture et santé Mentale”*, os hospitais psiquiátricos atuais não são um obstáculo para o desenvolvimento do cuidado da saúde mental. A análise da sua situação, o diagnóstico técnico de suas estruturas, o estudo da sua relação com a cidade, deve determinar o melhor cenário de evolução entre a conservação, a reestruturação, a demolição ou abandono (Laudat, 2005).

Laudat refere que o paciente deve ser colocado no centro das atenções e que a arquitetura deve ajudar a fornecer soluções, residindo a sua importância na capacidade de compreender os problemas enfrentados pelos doentes. A arquitetura não é monolítica, ela oferece vários níveis de leitura, é ambígua, sendo assim possível, mesmo que pareça paradoxal, controlar um espaço (2008).

Se a psiquiatria existe no mesmo plano que as outras disciplinas médicas, deve esta assumir características arquitetônicas, dispensando os princípios organizacionais particulares, racionalizando e simplificando, sendo o objetivo principal produzir uma ferramenta adequada a um problema específico (Laudat, 2005).

De forma a se perceber melhor o conceito desenvolvido por Bruno Laudat, tomou-se como exemplo o edifício do serviço de psiquiatria do Hospital François Quesnay em Mantes-la-Jolie em França de 2007 (Fig.111).

Durante a elaboração deste projeto teve em consideração quatro princípios base: todos os quartos serem individuais; um centro de crise criado como anexo e servindo de filtro entre a emergência e os serviços gerais do hospital psiquiátrico; dividir em duas partes cada centro de psiquiatria de forma a distinguir dois níveis de patologia e um espaço de animação institucional oferecendo variadas atividades lúdicas e de desporto.

No projeto foram tidos em conta três temas que se desenvolveram da seguinte forma: o vazio como espaço de liberdade; o caminho como uma resposta a uma crise e a construção como miniaturização do mundo.

A constante mudança de suporte e patologias, assim como de paradigmas estáticos, levou a encontrar soluções sensoriais como, a pluralidade de áreas, a diversidade de tratamentos e materiais, assim como a assimetria de composições em vez da repetição, gerando muitas vezes estagnação. Nessa base o edifício é organizado ao longo de vários tipos de funções.

Analisando o organigrama funcional (Fig.116) define-se que este hospital apresenta como base o modelo defendido pelo Dr. Jacobi e presente no Hospital de Charenton, nomeadamente o esquema de malha quadrangular (Fig.111).



Figura 111: Identificação com modelos tipológicos analisados

Fonte: Autor

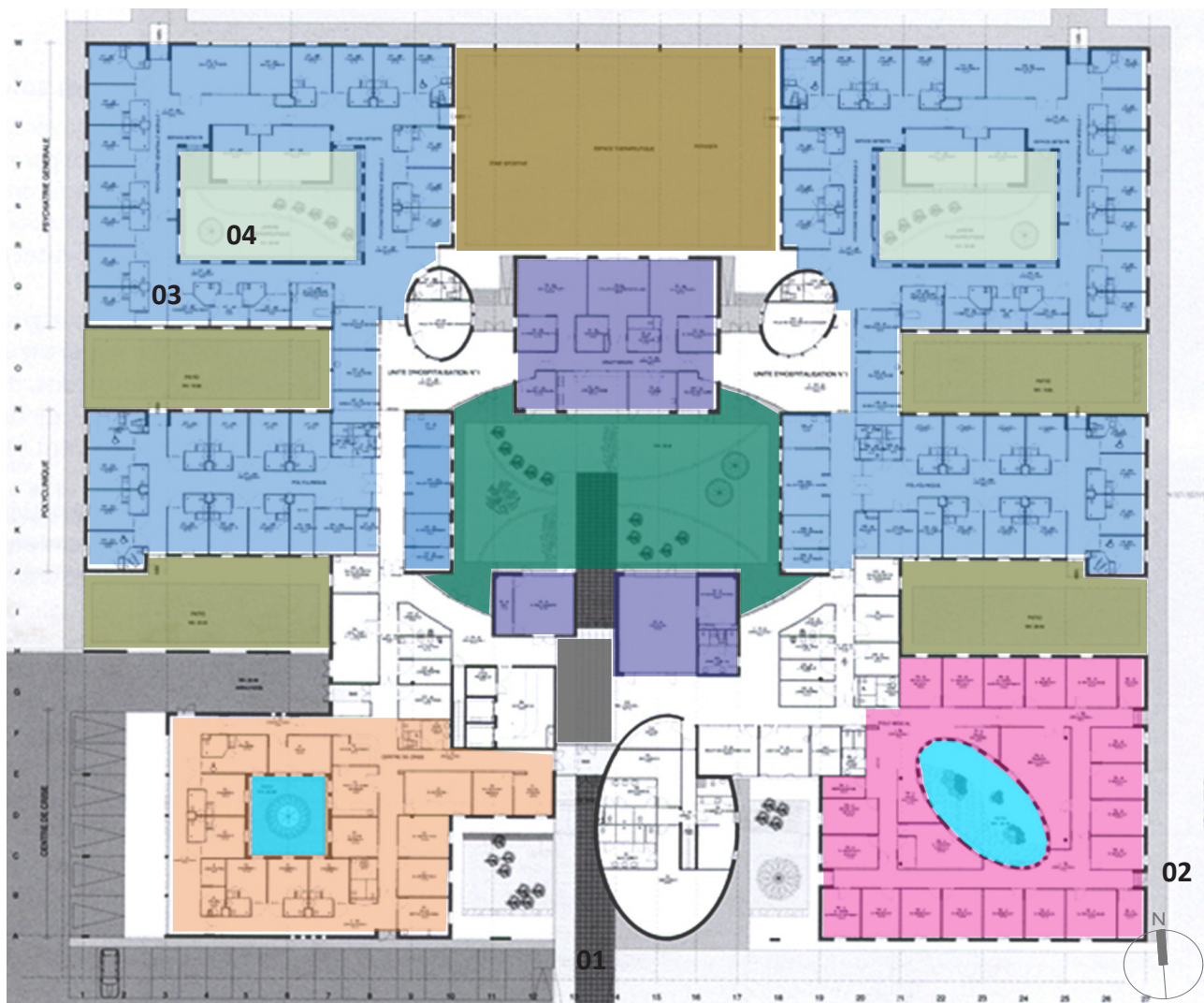


Figura 112: Serviço de psiquiatria do Hospital François Quesnay em Mantes-la-Jolie, França (2007) . planta do piso 0
 Fonte: Autor baseado na planta de Bruno Laudat, Mantes de la jolie lieu pluriel pour pathologies multiples

Legenda

Organização interior

- entrada/recepção
- quartos
- centro de crise
- centro médico
- áreas comuns de lazer

Espaços exteriores

- jardim central
acesso comum
- jardins terapêuticos
acesso privado
- jardins exterior
- horta
- pátios de iluminação
acesso controlado

- 01** vista da entrada (figura 112)
- 02** vista exterior (figura 113)
- 03** vista do corredor e pátio(figura 114)
- 04** vista de um pátio interior (figura 115)



Figura 113: Entrada



Figura 114: Vista exterior



Figura 115: Vista do corredor e do pátio



Figura 116: Vista do pátio interior

Fonte: <http://www.christophecamus.fr/non-classe/service-psychiatrique-mantes-la-jolie-78-sextant-architecture/>

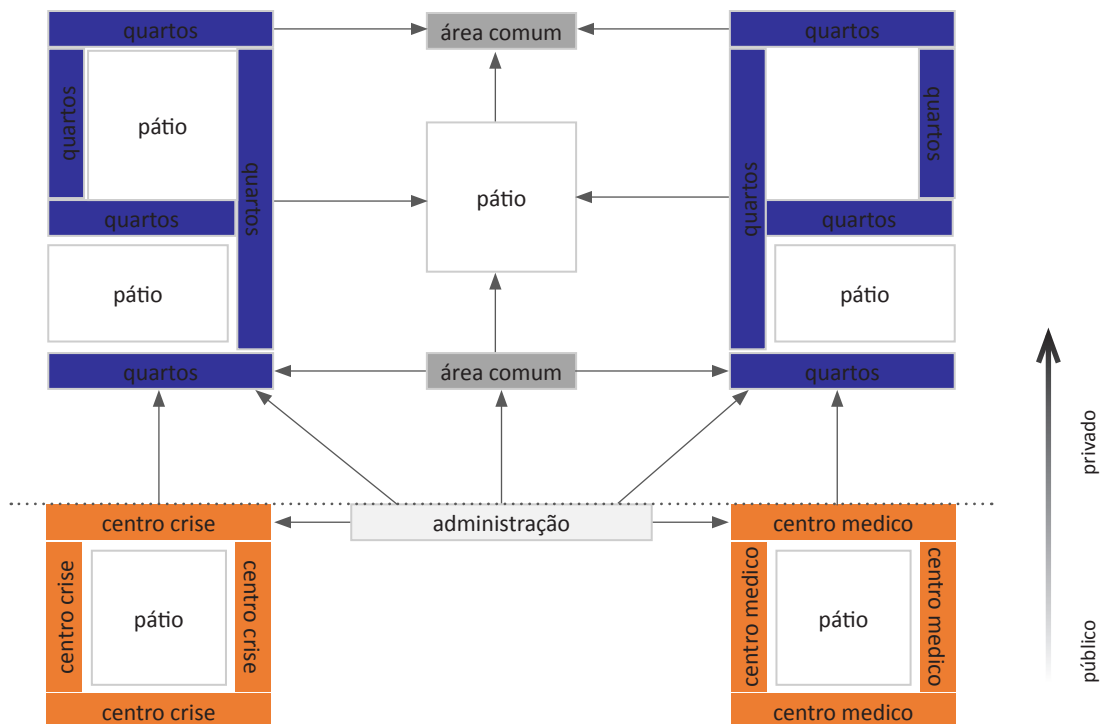


Figura 117: Organograma funcional do Hospital François Quesnay em França

Fonte: Desenho de autor baseado na planta de Bruno Laudat, Mantes de la jolie lieu pluriel pour pathologies multiples

O arquiteto Victor Castro, de origem colombiana, residente em França desde o seu primeiro emprego como arquiteto no gabinete do Arquiteto Guy Calderon, foi revolucionário na forma como abordou e projetou a arquitetura hospitalar psiquiátrica.

Seu primeiro projeto como arquiteto independente foi a remodelação do apartamento do diretor de serviços técnicos do Hospital Psiquiátrico de Saint Anne. Impressionado com o seu trabalho, o diretor decidiu convidá-lo a realizar um primeiro esboço sobre um Hospital Psiquiátrico, abrindo-lhe as portas para o hospital Pitié-Salpêtrière, Villejuif ou Fundação Rothchild.

Apresentou uma proposta inovadora que convenceu os médicos e psiquiatras, começando a mudar as mentalidades e a mostrar que um Hospital Psiquiátrico não tem de ser um cubo ou uma prisão.

Victor Castro observa que, pelo menos na França, o desejo de curar é real, apesar das dificuldades e da falta de recursos, prova disso foi a mudança do Hospital Saint Anne. Seu trabalho foi valorizado pela forma como encontrava soluções para os pacientes com doença mais branda, tendo sido solicitado também para intervir num Hospital de psiquiatria infantil.

Victor Castro colocava-se no lugar de paciente, tentando entender as suas necessidades e materializar isso na organização espacial.

“Meu objetivo é integrar a arquitetura na terapia do paciente. A noção de “bem-estar” está diretamente ligada à qualidade do espaço em torno do paciente, uma pesquisa que tenta diminuir sua angústia e sofrimento.” (Castro, 2011, p.17).

A supressão do ângulo, em troca da curva, foi primeiramente muito criticado, mas o tempo tratou de mostrar que era benéfico para todos os pacientes, de modo a que este não se perdesse nem se magoasse nas arestas enquanto andava pelos corredores.

“As linhas curvas nascem em Picot e isso é genial sendo a curva o elemento mais maternal do que o ângulo agudo.” (Castro, 2011, p. 19).

Nos seus projetos levanta a controvérsia de como se poderá projetar um edifício que por norma deveria ser austero. Victor Castro refere que,

"(...)poderia ser feito um projeto severo e belo. É o belo nasce da visualização de um sentimento de respeito para com o usuário. É raro sendo assim ter reações de negação. Ainda o homem ou mulher muito afetado desde o ponto de vista psiquiátrico ter a capacidade de sentir o belo e o respeito." (Castro, 2011, p. 20).

Estes princípios que defende estão materializados neste exemplo que se apresentam.

Trata-se do Centro Hospitalar Portes de l'Oise (Fig.117), inaugurado em 2010 na França, cujo programa consistiu na construção de duas unidades de psiquiatria para adultos.

As duas unidades organizam-se em dois blocos unidos por um volume que é a zona de administração e recepção. Os outros dois blocos, colocadas a nascente, albergam em pisos diferentes as áreas privadas do programa, nomeadamente os quartos e as enfermarias, correspondendo cada piso a um género (Fig.119 e Fig.120).

A procura de melhorar as condições de vida do paciente, encontra-se neste projeto articulada com várias noções.

A primeira noção foi a integração do projeto no lugar aproveitando os desniveis naturais do terreno e tirando partido dos mesmos. Esta diferença de cotas permitiu agrupar e diferenciar o programa por pisos. Segundo Victor Castro, o aproveitamento das condições naturais do terreno e o contato com a natureza, potenciam o tratamento médico. O espaço verde é valorizado com a implementação de coberturas ajardinadas que se harmonizam com a envolvente e intercalando-se com os quartos (Fig.118).

A segunda noção é a linha curva. A forma das fachadas traduzem as curvas naturais da colina que envolve o edifício. Esta implantação permitiu desenvolver uma arquitetura orgânica baseada na fluidez das formas, que se reflete no tratamento dos espaços interiores desenhados a pensar no paciente, de modo a transmitir tranquilidade. *"Círculos e fluidez das linhas favorecem uma arquitetura suave e maternal"* (Castro, 2011, p.37).

Outra noção, segundo o arquiteto, tem a ver com o carácter dinâmico das zonas comuns.



Figura 118: Centro Hospitalar des Portes des L'Oise, França . planta de implantação- relação com espaço verde exterior
 Fonte: Castro, V. (2011). La arquitetura, Los Pacientes, p. 31



Figura 119: Centro Hospitalar des Portes des L'Oise, França . vista exterior dos quartos- relação com a envolvente
 Fonte: Castro, V. (2011). La arquitetura, Los Pacientes, p. 34

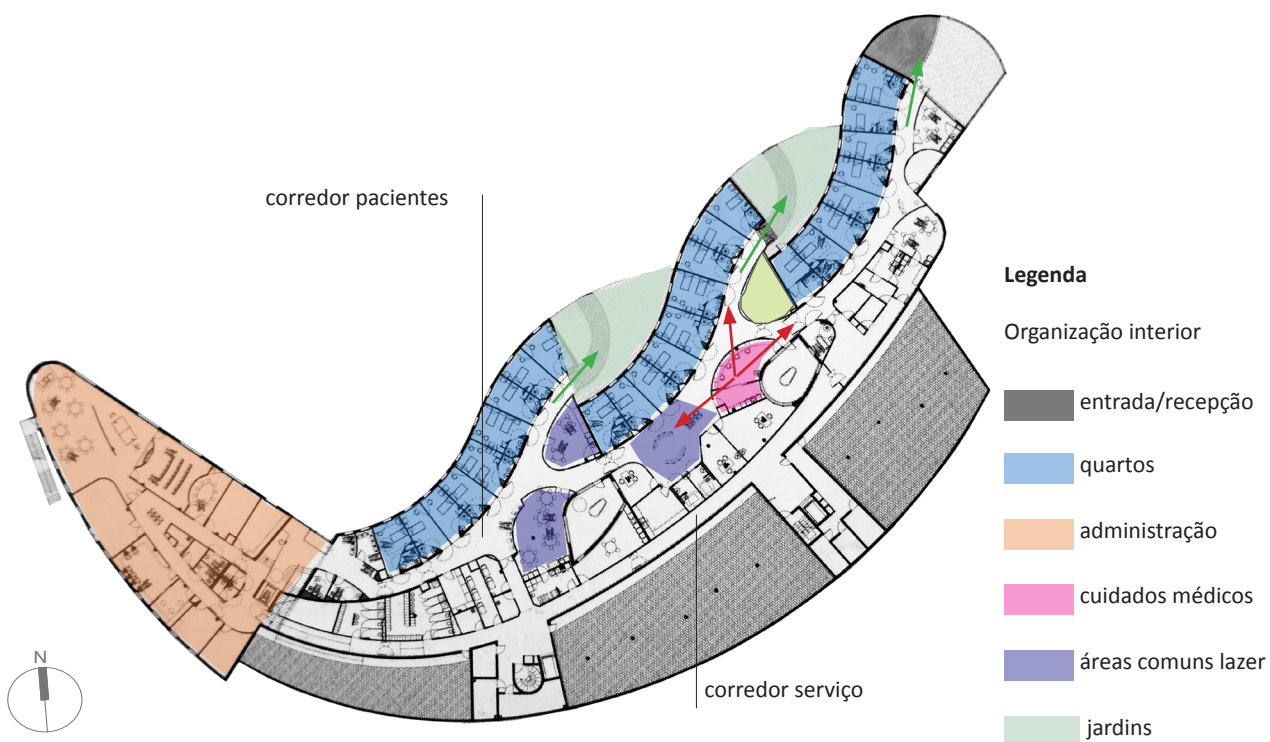


Figura 120: Centro Hospitalar des Portes des L'Oise, França . planta do nível 0

Fonte: Desenho de autor baseado na planta de Castro, Victor. (2011). La arquitetura, Los Pacientes, p. 50

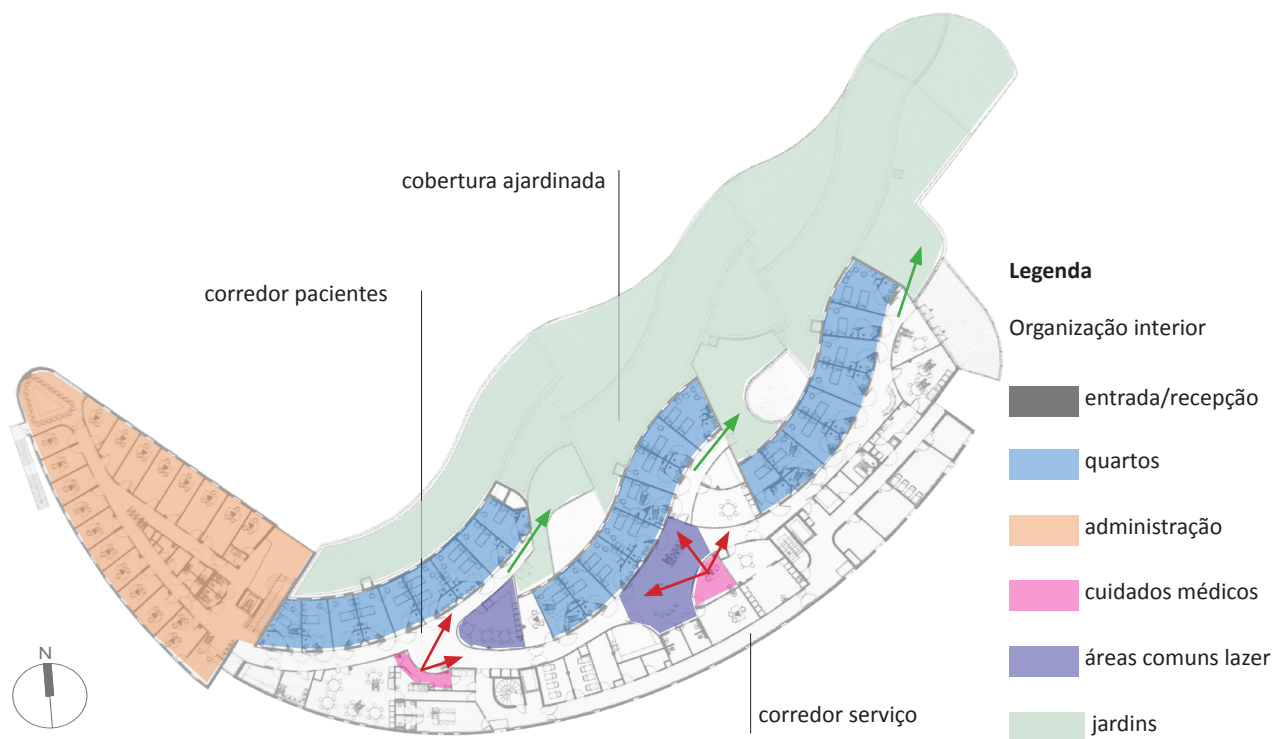


Figura 121: Centro Hospitalar des Portes des L'Oise, França . planta do nível 1

Fonte: Desenho de autor baseado na planta de Castro, Victor. (2011). La arquitetura, Los Pacientes, p. 50

"Trata-se de colocar a zona de actividade no coração da unidade hospitalar e de foram que os pacientes vivam no meio desse espaço central" (Castro, 2011, p.37). Isto traduz-se na eliminação da noção de corredor, em que a circulação é pontuada por zonas de encontro materializadas sob a forma de salas. A geometria orgânica e suave dos corredores elimina os ângulos mortos e os ângulos vivos. Estes espaços tornam-se mais aprazíveis, uma vez que foi criada uma dupla circulação, reservada ao pessoal médico e funcionários, não colidindo com a atividade diária dos pacientes e contribuindo para o aumento da sua segurança (Castro, 2011).

Os quartos organizam-se ao longo das circulações em redor dos espaços de atividades, em que cada espaço orienta-se para os jardins exteriores (Fig.122).

O arquiteto apresenta aqui uma volumetria direcionada para que o paciente participe com o mundo exterior pela atração exercida através da luz e dos espaços verdes.

Comparativamente aos modelos analisados, podemos identificar neste projeto, uma desconstrução do modelo linear apresentado no Hospital de Bethlem (Fig.122).

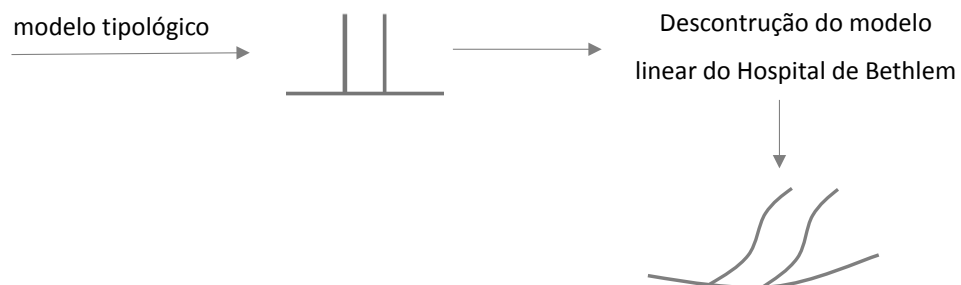


Figura 122: Identificação com modelos tipológicos analisados

Fonte: Autor

"O paciente, mesmo deitado, percebe o chão, a linha do horizonte e o céu através da verticalidade das janelas" (Castro, 2011, p.49).

Por último, um elemento importante no funcionamento das unidades, é a preocupação de permitir a vigilância e o controlo das áreas comuns interiores e exteriores. Deste modo, o conceito de panótico é aqui repetido, à semelhança dos modelos que já vimos, através do posição central do posto de cuidados médicos de cada unidade que assegura a visibilidade de todas as zonas utilizadas pelos pacientes.



Figura 123: Centro Hospitalar des Portes des L'Oise, França . vista interior do espaço central de controlo e sala de estar
 Fonte: Castro, Victor. (2011). La arquitetura, Los Pacientes, p. 43

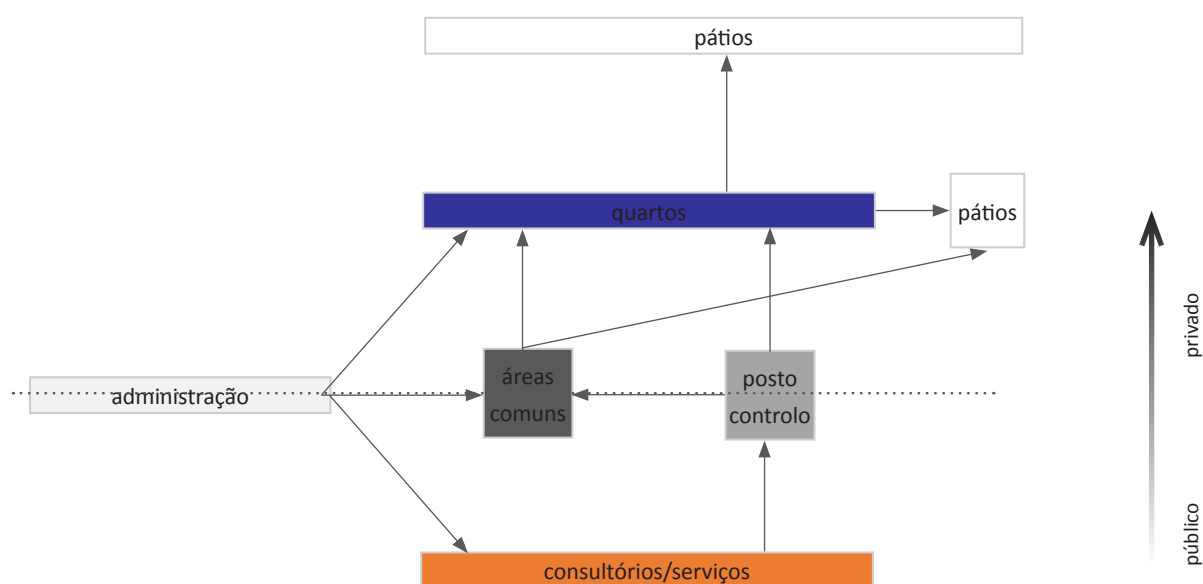


Figura 124: Organograma funcional do Centro Hospitalar des Portes des L'Oise, França
 Fonte: Desenho de autor baseado na planta de Castro, Victor. (2011). La arquitetura, Los Pacientes, p. 50

Estes dois exemplos apresentados de arquitetura hospitalar psiquiátrica apresenta avanços face aos modelos apresentados nos capítulos anteriores. O passo mais notório e importante é a intenção clara de adaptar a arquitetura ao paciente. O modo como a organização espacial interior e o desenho volumétrico responde de um modo mais eficaz às necessidades de um paciente tão peculiar. Esta evolução passa sobretudo pela implementação de áreas maiores, mais luminosidade no interior expoenciada por corredores mais amplos, introdução de cor e no caso de Victor Castro a linha curva.

Contudo é visível uma linha condutora e evolutiva que se mantém em relação aos modelos do século anterior. Estes pontos em comum são essencialmente: a importância que continua a ser dada à relação dos espaços interiores dos quartos dos pacientes com o exterior, a criação de amplos jardins em torno de todo o conjunto edificado com áreas de pátios mais privativos e a vigilância de todo o espaço quer seja através um ponto central que funciona como um panótico, quer seja através de longas alas com corredores.

Importante referir a ausência da igreja ou capela nos exemplos analisados, o que remete para a desvinculação da religião da medicina psiquiátrica.



Figura 125: Relação do interior com o exterior- esquisso de Victor Castro

Fonte: Castro, V. (2011). La arquitetura, Los Pacientes, p. 153



Figura 126: Hospital François Quesnay em Mantes-la-Jolie, pátio interior

Fonte: <http://www.christophecamus.fr/non-classe/service-psychiatrique-mantes-la-jolie-78-sextant-architecture/>, 2014

Esta dissertação de mestrado assumiu como objetivos determinar a evolução tipológica do hospital psiquiátrico desde o séc. XVIII e definir a influência das tipologias de referência na evolução da estrutura espacial dos Hospitais Psiquiátricos até à atualidade.

Após toda a análise efetuada foi necessário sistematizar toda a informação recolhida e apresenta-la sob a forma de um quadro onde se estabelece a relação entre os vários exemplos apresentados ao longo dos séculos com o que evoluiu e permaneceu face aos modelos que serviram de base (Figs. 127, 128, 129 e 130).

Realizou-se um reconhecimento das tipologias de hospitais psiquiátricos a partir do séc. XVIII, alongando-se até a atualidade, de forma a se conseguir analisar e perceber o que a evolução do conceito de doente mental influenciou o desenho arquitetónico e como permitir melhorias no tratamento da doença mental.

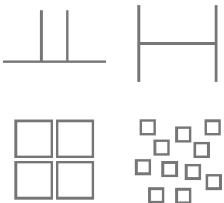


	TIPOLOGIA	O QUE PERMANECEU face aos modelos europeus	O QUE EVOLUIU face aos modelos europeus
SÉC. XVII A XIX MODELOS EUROPEUS			A) REINTERPRETAÇÃO DOS MODELOS TIPOLÓGICOS ANTERIORES ADAPTADOS A UM PROGRAMA MAIS ESPECÍFICO
SÉC. XIX E XX MODELOS PORTUGUESES		A) INFLUÊNCIA DOS MODELOS TIPOLÓGICOS	B) MODELOS MAIS DINÂMICOS COMPOSTO POR VÁRIAS UNIDADES
SÉC. XXI MODELOS NA ATUALIDADE			C) SUPRESSÃO DO ÂNGULO RETO E APARECIMENTO DA CURVA - ELEMENTO PENSADO COMO FORMA DE TRATAMENTO

Figura 127: Quadro Síntese- Tipologia

Fonte: Autor

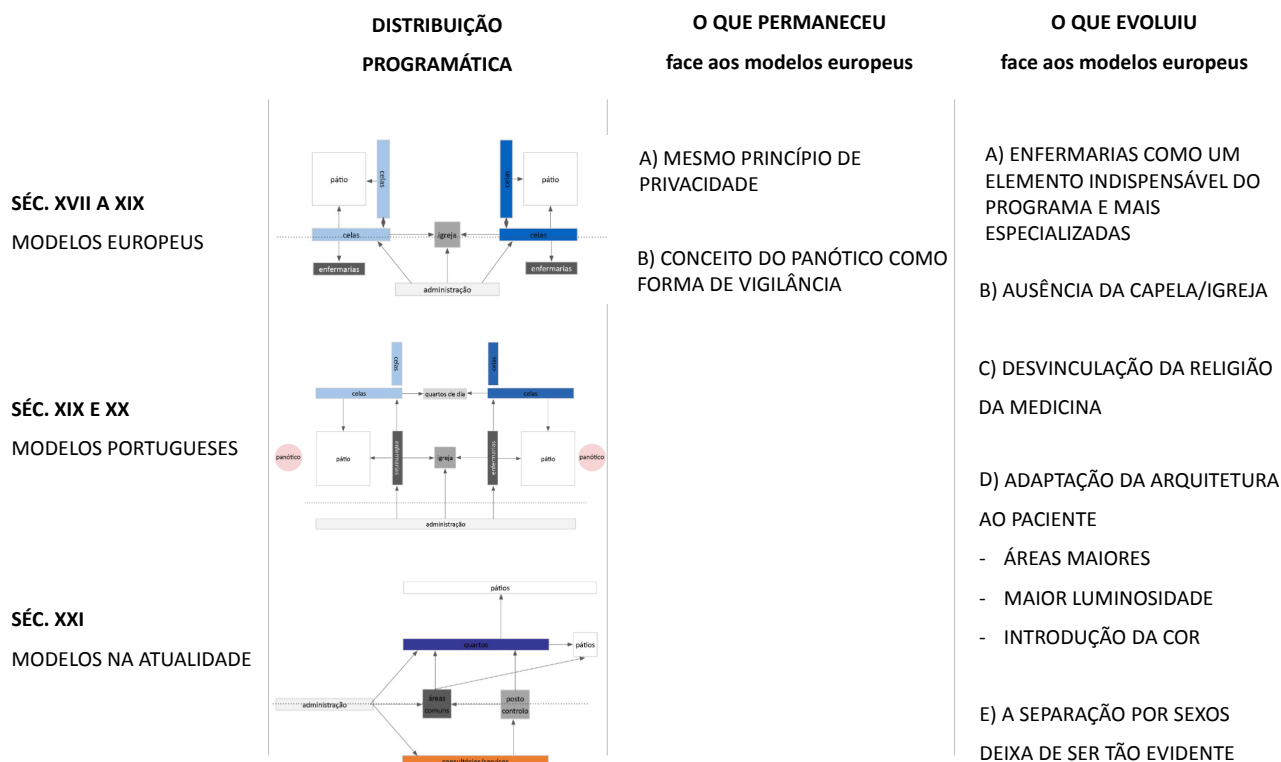


Figura 128: Quadro Síntese- Distribuição Programática

Fonte: Autor



Figura 129: Quadro Síntese- Espaços Exteriores

Fonte: Autor

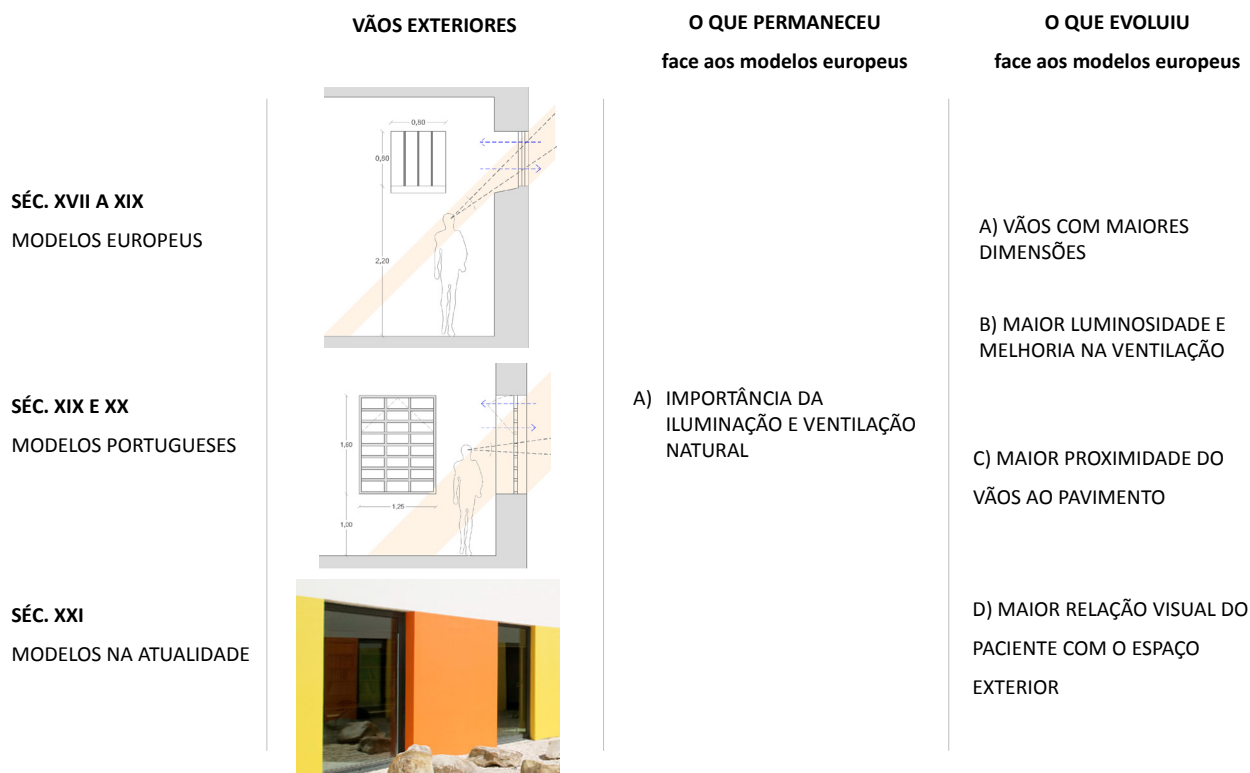


Figura 130: Quadro Síntese- Vãos Exteriores

Fonte: Autor

A presente investigação apresenta resultados que foram conduzidos pelos dados recolhidos ao longo do crescimento do tema. Com a análise arquitetónica dos hospitais psiquiátricos em estudo determinou-se uma evolução nos modelos tipológicos, que se desenvolveram no sentido da desfragmentação, passando a rigidez do modelo H, preconizado no hospital de Wakefield ou até mesmo do modelo quadrangular presente no hospital de Charenton, dando lugar a modelos mais dinâmicos defendidos pelo arquiteto como o caso do Centro Hospitalar des Portes des L'Oise em França projectado pelo arquitecto Victor Castro.

Conclui-se ainda, que existiram fatores que evidenciaram novas mentalidades ao longo dos séculos, permitindo criar definições mais claras na forma como a arquitetura atuou.

Os hospitais psiquiátricos usufruíram ainda da introdução dos espaços de lazer, como o caso das áreas ajardinadas, as celas passaram a ser mais iluminadas e ventiladas e as enfermarias passaram a ser um elemento indispensável no programa.

As celas adquiriram uma maior dilatação através da iluminação e ventilação, que se refletiu nas enfermarias que passam a ser um elemento indispensável no programa.

Cumpriu-se o primeiro objetivo, determinando a evolução tipológica desde o Séc.XVII através da análise e comparação de: modelos de Hospitais Europeus entre o séc. XVIII e séc. XIX; modelos de Hospitais Portugueses entre o séc. XIX e séc. XX e modelos da atualidade.

Com o estudo realizado no primeiro objetivo, foi cumprido de igual modo o segundo ,definindo a influência das tipologias de referência na evolução da estrutura espacial dos hospitais psiquiátricos até a atualidade através de vários modelos apresentados, nomeadamente: tipologia, programa, vãos exteriores e espaços exteriores.

Esta dissertação permitiu aprofundar um tema pouco estudado, uma vez que existe pouca bibliografia sobre este assunto, permitindo compreender melhor a importância da arquitetura na evolução do hospital psiquiátrico e de que modo essa evolução garantiu melhorias na forma de tratamento do doente mental.

A informação que compõe esta dissertação poderá ser utilizada no futuro por outros investigadores interessados na área estudada e por possíveis arquitetos que estejam interessados na procura de referências para o melhor entendimento do desenho de um hospital psiquiátrico podendo distinguir rapidamente os pontos mais importantes para uma boa concepção arquitetónica.

Esta dissertação vem preencher uma lacuna no conhecimento, uma vez que não existe muita informação disponível sobre o tema, o que torna este trabalho do ponto de vista académico relevante.

"Pienso que la arquitectura es complementaria de la psiquiatria y vice-versa: se trata en los dos casos de imaginar un interior; el arquitecto del interior del psiquismo es el psiquiatra"

(Yves Contejean citado por Castro, 2011, p. 72).

BIBLIOGRAFIA

- .Albuquerque, V. (2009). *Panótico, Vanguardista e Ignorado: O Pavilhão de Segurança do Hospital Miguel Bombarda*. Lisboa: Horizonte de Arquitetura.
- .Amarante, P. (1995). *Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- .Andrews, J. (1997). *The History of Benthlem*. London: Routledge.
- .Antunes, J.L.F. (1991). *Hospital: Instituição e História Social*. São Paulo: Letras & Letras.
- .Arquivo Nacional Torre do Tombo (2008). Hospital de Rilhafoles/Hospital Miguel Bombarda . Acedido em <http://digitarq.arquivos.pt/details?id=4461603>
- .Asylum Projects – Reserve Preteritus (2014) . Bethlem Royal Hospital . Acedido em http://www.asylumprojects.org/index.php?title=Bethlem_Royal_Hospital
- .Asylum Projects – Reserve Preteritus (2014) . St. Bernards Hospital . Acedido em http://www.asylumprojects.org/index.php?title=Hanwell_Insane_Asylum
- .Basaglia, F. (1985). *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Edições Graal
- .Bengoechea, E. (2005). Norte de Salud Mental, (22), 66-71.
- .Bombarba, M. (1894). *O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços*. Lisboa: Livraria Rorigues.
- .Boucher, L. (1883). La Salpêtrière: son histoire de 1656 à 1790: ses origines et son fonctionnement au 18ème siècle. Paris: A. Delahaye & Lecrosnier. Acedido em www.gallica.bnf.fr
- .Bursztyn, I. (2004). *Saúde e Arquitectura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares*. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio.
- .Chambers, P. (2009). *Bedlam: London Hospital for the Mad*. London: Ian Allan Publishing.
- .Castel, R. (1976). L'Ordre psychiatrique: l'âge d'or de l'alienisme. Paris: Éditions Minuit.
- .Castro, V. (2011). *La arquitetura, Los Pacientes*. Paris: ICI Interface.
- .Carvalho, F. (1996). *Hospital do Conde de Ferreira: Breve História*. Porto.
- .Centenário do Hospital Miguel Bombarda : Antigo Hospital de Rilhafoles.(1949). Lisboa: Edição do Hospital Miguel Bombarda.
- .Cintra, P. (2012). *Miguel Bombarda: Preservar a Memória*. Lisboa: Casa das Letras.
- .Couto, C. (2005). *Poder e Vigilância: a actualidade do Panótico de Foucault e a sua relação com os meios de comunicação*. II Jornada Internacional de Políticas Públicas, 1-11. Acedido em http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/carlos_agostinho.pdf.
- .Costa, J. (2007). *História da Psiquiatria no Brasil: Um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Garamond.
- .Direção Geral do Património Cultural (n.d.) . Balneário D. Maria II e Pavilhão de Segurança (8.ª Enfermaria)

do Hospital Miguel Bombarda. Acedido em <http://www.patrimoniocultural.pt/pt/patrimonio/patrimonio-imovel/pesquisa-do-patrimonio/classificado-ou-em-vias-de-classificacao/geral/view/323308/>

.*Espace psychique/espace d'habitation erncontres gerart Annecy*. (2005). Bruno laudat-architecte . Maio, 26/27.

.Esquirol, E. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Paris: J.B. Bailliére

.Fernandes, B. (1986). História e Desenvolvimento da Ciência em Portugal: O Nascimento da Psiquiatria em Portugal (Vol. 1). Publicações do II Centenário da Academia de Ciências de Lisboa.

.Fonseca, A. (2003). *O Hospital Conde de Ferreira e a Psicopatologia*. Porto: Leituras

.Fontes, M.(2003). *Imagens da Arquitectura da Saúde Mental* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Arquitectura da Universidade Federal do Rio de Janeiro).

.Flores, A. (1943). *O Hospital Júlio de Matos: Plano Primitivo e Estado Actual Depois da Remodelação*. Lisboa: Hospital Escolar de Santa Maria.

.Foucault, M. (1972). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva.

.Foucault, M. (1982). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

.Foucault, M. (1987). Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes.

.Goffman, E. (1974). Manicómios, Prisões e Conventos. São Paulo Brasil: Editora Perspectiva.

.Gomes, B. (1843). *Dos Estabelecimentos dos Alienados nos Estados Principales da Europa*. Lisboa: Tipografia de Vicente Jorge de Castro & Irmão.

.Graça, L. (1997). *As misericórdias portuguesas: entre o passado e o futuro*. *Revista para Chefias*, (48), 21-29.

.Graça, L. (2000). *A emergência da hospitalização psiquiátrica em Portugal (1848-1971)*. Textos sobre Saúde e Trabalho, 176.

.Inventaire général du patrimoine culturel (n.d.). Hôpital de la Salpêtrière . Acedido em http://www.culture.gouv.fr/public/mistral/memoire_fr?ACTION=CHERCHER&FIELD_5=LBASE&VALUE_5=PA00086592

.Jacobi, M. (1841). *On the Construction and Management of Hospitals for the Insane*. London: John Churchill

.Jodelet, D. (2001). *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ.

.Laudat, B. (2009, Dezembro, 17). Le soin, le droit et l'isolement . Acedido em http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/laudat_architecture.pdf

- .Laudat, B. (2000). Mantes la Jolie pluriel pour pathologies multiples. *Architecture et psychiatrie*. 155-163.
- .Laudat, B. (2005). Architecture et santé mentale. *Auvergne Architectures*, (36), 18-25.
- .Laudat, B., Pascal, J., & Courteix, S. (2008). Thoret Y. Mener un projet architectural en psychiatrie. *Psychiatrie*, 37-876-A-80.
- .Machado, R. (2000). *A Filosofia e a Literatura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar
- .Masféty, K. (2004). *Architecture et psychiatrie*. Paris: Moniteur
- .Mindham, R. (2013). The West Riding of Yorkshire Pauper Lunatic Asylum of Wakefield. Royal College of Psychiatrists. Acedido em <http://rcpsych.ac.uk/pdf/>.
- .Mira, M. (1947). *História da medicina portuguesa*. Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade.
- .Miquelin, C. (1992). *Anatomia dos Edifícios Hospitalares*. São Paulo: Editora CEDAS.
- .Misericórdia do Porto . Centro Hospital Conde de Ferreira (n.d.). Acedido em http://www.scmp.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=1395
- .Oliveira, W. (2013). *Discursos e práticas psiquiátricas no Brasil oitocentista: O hospício de Pedro II e o processo de medicalização da loucura*. Universidade Estadual do Maranhão, 1-10.
- .Ortofotomapa do Hospital de Salpêtrière em Paris(n.d) . Acedido em <https://www.google.pt/maps/place/Piti%C3%A9-Salp%C3%AAtre+Hospital/@48.8359786,2.3668253,2854m/data=!3m1!1e3!4m5!1m2!2m1!1shospital+perto+de+Salp%C3%AAtre+Paris,+Fran%C3%A7a!3m1!1s0x47e671f35bd6ca4f:0x721637ba77901d4e!6m1!1e1?hl=pt-PT>
- .Ortofotomapa do Hospital Psiquiátrico de Bethlem em St. George's Field em Londres (n.d.). Acedido em <https://www.google.pt/maps/place/IWM/@51.495657,-0.1087557,338m/data=!3m1!1e3!4m2!3m1!1s0x0000000000000000:0xfed51d88d007b387!6m1!1e1>
- .Ortofotomapa do Hospital psiquiátrico de Wakefield em West Riding of Yorkshire (n.d.). Acedido em <https://www.google.pt/maps/place/Auto+Spray+Solutions/@53.6907516,-1.4884816,331m/data=!3m1!1e3!4m2!3m1!1s0x0000000000000000:0x923c8837d398e47e!6m1!1e1>
- .Ortofotomapa do Hospital psiquiátrico de Hanwell em Middlesex County (n.d.). Acedido em <https://www.google.pt/maps/place/Ealing+Hospital/@51.5070282,-0.3471103,675m/data=!3m1!1e3!4m2!3m1!1s0x0000000000000000:0x020fcaa0ce8cd17f!6m1!1e1>
- .Ortofotomapa do Hospital psiquiátrico de Miguel Bombarda em Lisboa (n.d.). Acedido em <https://www.google.pt/maps/place/Hospital+Miguel+Bombarda/@38.7252714,-9.1419021,844m/data=!3>

m2!1e3!4b1!4m2!3m1!1s0xd19339cf097b1bb:0xda703f33ca779ced!6m1!1e1

.Ortofotomapa do Hospital de Charenton em Paris(n.d.). Acedido em [https://www.google.pt/maps/place/Ecole+Nationale+de+Kin%C3%A9sith%C3%A9rapie+et+de+R%C3%A9%C3%A9ducation+\(ENKRE\)/@48.8188099,2.4302157,596m/data=!3m1!1e3!4m2!3m1!1s0x0000000000000000:0x516923b6e88ce3f4!6m1!1e1](https://www.google.pt/maps/place/Ecole+Nationale+de+Kin%C3%A9sith%C3%A9rapie+et+de+R%C3%A9%C3%A9ducation+(ENKRE)/@48.8188099,2.4302157,596m/data=!3m1!1e3!4m2!3m1!1s0x0000000000000000:0x516923b6e88ce3f4!6m1!1e1)

.Ortofotomapa do Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro (n.d.). Acedido em <https://www.google.pt/maps/place/UFRJ-Centro+de+Filosofia+e+Ci%C3%A4ncias+Humanas/@-22.9523987,-43.1747081,498m/data=!3m1!1e3!4m5!1m2!2m1!1sCentro+Filosofia+Ci%C3%A4ncias+Humanas+UFRJ!3m1!1s0x0000000000000000:0xb894c0d38847f1e4!6m1!1e1>

.Ortofotomapa do Hospital psiquiátrico de Conde de Ferreira no Porto (n.d.). Acedido em <https://www.google.pt/maps/@41.1705659,-8.5906482,484m/data=!3m1!1e3>

.Ortofotomapa do Hospital Júlio de Matos em Lisboa (n.d.). Acedido em [https://www.google.pt/maps/place/Hospital+J%C3%BAlio+de+Matos+\(Centro+Hospitalar+Psiqui%C3%A1trico+de+Lisboa\)/@38.758025,-9.1466045,844m/data=!3m2!1e3!4b1!4m2!3m1!1s0xd1932ff696fea7b:0x2d5f0e40c8d7c471!6m1!1e1](https://www.google.pt/maps/place/Hospital+J%C3%BAlio+de+Matos+(Centro+Hospitalar+Psiqui%C3%A1trico+de+Lisboa)/@38.758025,-9.1466045,844m/data=!3m2!1e3!4b1!4m2!3m1!1s0xd1932ff696fea7b:0x2d5f0e40c8d7c471!6m1!1e1)

. Pacheco, M. (2003). Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. *Revista Latina de Psicopatologia*, 6 (2), 152 – 157.

. Pereira, A., & Pita, J. (2006). Miguel Bombarda: Reorganizador e Gestor do Rilhafolles: Miguel Bombarda e as Singularidades de Uma Época. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

. Perez, F. (2006). Dos Decadas tras la Reforma Psiquiátrica. *AEN*, 239-273.

. Pereira, P., Gomes, E., & Martins, O. (2005). A Alienação no Porto: O Hospital de Alienados do Conde de Ferreira (1883-1908). *Revista da Faculdade de Letras – História do Porto*, 3ª Série (6), 99-128.

. Piddock, S. (2002). A space of their own: nineteenth century lunatic asylums in Britain, south Australia and Tasmania (Tese de Doutoramento em Filosofia, Flinders University of South Australia).

. Pina, L. (1938). *Aspectos da vida médica portuguesa nos séculos XVII e XVIII*. Lisboa: Casa Holandesa.

. Pimentel, I. (2000). *A assistência social e familiar do Estado Novo nos anos 30 e 40*. *Análise Social, Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa*, 34(151-152).

. Pinheiro, J. (1997). *Psicologia Ambiental: em busca de um ambiente melhor*. *Estudos de Psicologia*, 2 (2), 377-398.

. Pires, T. (2006). *Doença Mental, uma sombra na sociedade*. Medicina & Saúde

. Postel, J. (1994). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris: Dunod.

- .Ribeiro, V. (1907). *História da Beneficência Pública em Portugal*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- .Santa Casa da Misericórdia do Porto (1883 a 1908). *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*.
- .Rodrigues, C. (1996) . *Assistência Social*. In F. Rosas, J. Brito & M. Brandão (Eds.), *Dicionário de História do Estado Novo* (Vol. 1) (pp. 70-73).
- .Portocarrero, V., & Moreira, J. (2002). *Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- .Rey, P. M. (2012). O Hospício de Pedro II e os alienados no Brasil (1875), *Revista latinoamericana da psicopatologia fundamental*, 15(2), 382-403.
- .Rosen, G. (1968). *Locura y Sociedad: Sociología Histórica de la Enfermedad*. Madrid: Alianza Editorial
- .Rosen, G. (1994). *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec
- .Sampaio, A. (1981). *Evolução da política de saúde em Portugal depois da guerra de 1939-1945 e suas consequências*(Vol. 5). Lisboa: Arquivos do Instituto Nacional de Saúde.
- .Santos, A. (1999). *Metodologia Científica: a construção do conhecimento*. Rio de Janeiro: DP&A editora.
- .Santos, G. (n.d.). *Histórias do Hospital Júlio de Matos*. *Jornal da Praceta*. Acedido em <http://alvalade.no.sapo.pt>.
- .Sanoff, H. (1990). *Participatory Design: Theory & Techniques*. North Carolina: Bookmasters.
- .Saulle, L. (1864). *La Folie devant les Tribunaux*. Paris: F. Savy Libraire-Éditeur.
- .Senna, A. M. (2003). *Os Alienados em Portugal I: história e estatística: Hospital do Conde de Ferreira*. Lisboa: Ulmeiro.
- .Silva, K. (2001). *A ideia de função para a Arquitectura: O Hospital e o século XVIII*. Acedido em <http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/02.014/871>.
- .Silva, T. (2002). *O panóptico: Jeremy Bentham*. Belo Horizonte: Autêntica Editora
- .Shorter, E. (2001). *Uma história da Psiquiatria: da era do manicómio à idade do Prozac*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- .Sommer, R. (1973). *Multimethod Approach in a Practical Guide to Behavioral Research*. New York: Oxford University Press.
- .Sousa, M. (2013). *Um catalisador para sant'ana o redesenho urbano como revitalizador do lugar* (Projeto final e Dissertação de Mestrado, Faculdade de Arquitectura, Universidade Técnica de Lisboa).
- .Stanley Royd Hospital(n.d.). Acedido em <http://www.wakefieldasylum.co.uk/>
- .Testamentaria do Conde de Ferreira (n.d.). *Construção do Hospital de Alienados da Cruz*, s./f.

Acedido na Biblioteca do Centro Hospitalar Conde de Ferreira.

.Tevaeearai, D., & Fussinger, C. (1998). *Lieux de Folie, Monuments de Raison: Architecture et psychiatrie en Suisse romande, 1830-1930*. France: Lausanne.

.Tuke, D. (1892). *A Dictionary of Psychological Medicine*. London: J & A Churchill Editors

.Vista Aérea Hospital de Salpêtrière em França(n.d.).Acedido em <http://www.bing.com/>

Tabela 1 : Quadro de indicadores de Estudo Multicasos dos Hospitais Psiquiátricos - os primórdios	p.34
Tabela 2 : Quadro de Indicadores de Estudo Multicaso dos Hospitais Psiquiátricos - a atualidade	p.36
Tabela 3 : Quadro Síntese de Metodologias de Investigação	p.37
Figura 1: Imhotep, Deus da cura no Antigo Egito	p. 49
Figura 2: A extração da Pedra da Loucura, Hieronymus Bosch, 1475/1480	p. 49
Figura 3: Templo de Asclépios, Grécia, séc. IV a.C	p. 51
Figura 4: Planta de Valetudinarium de Windisch, Suíça, séc. I d.c	p. 51
Figura 5: Planta de XENODOCHIUM Bizantino, séc. VI d.c	p. 53
Figura 6: Planta de Bimaristan de Qalawun, Cairo, séc. XIII	p. 53
Figura 7: Plano do Hotel Dieu em Paris, 1739	p. 55
Figura 8: Plano para a Abadia de St. Gallen na Suíça, ano 820	p. 55
Figura 9: A Nau dos Loucos, Hieronymus Bosch, 1490-1500	p. 57
Figura 10: Planta original do Ospedale Maggiore em Milão, 1456	p. 57
Figura 11: Vista aérea do Hospital de Bicêtre em Paris, 1771	p. 59
Figura 12: Imagem exterior do Hospital de Salpêtrière em Paris, 1900	p. 59
Figura 13: planta do piso 0 do Retiro de York em Inglaterra, 1796	p. 61
Figura 14: imagem exterior do Asilo de Sonnenstein na Alemanha, 1811	p. 61
Figura 15: Libertação dos alienados no Hospital de Salpêtrière por Pinel, 1795	p. 67
Figura 16: esquemas da evolução do modelo de hospital psiquiátrico por Esquirol	p. 67
Figura 17: Planta de localização na Europa, Hospital de Salpêtrière	p. 87
Figura 18: Planta de Enquadramento Urbano, Hospital de Salpêtrière	p. 87
Figura 19: Planta geral do Hospital psiquiátrico feminino de Salpêtrière em Paris	p. 87
Figura 20: Planta de localização na Europa, Hospital de Bethlem	p. 89
Figura 21: Planta de Enquadramento Urbano, Hospital de Bethlem	p. 89
Figura 22: Planta geral do Hospital psiquiátrico de Bethlem em St George's Field, 1834	p. 89
Figura 23: Planta de localização na Europa, Hospital de Wakefield	p. 91
Figura 24: Planta de Enquadramento Urbano, Hospital de Wakefield	p. 91
Figura 25: Planta geral do Hospital psiquiátrico de Wakefield em West Riding of Yorkshire	p. 93
Figura 26: Planta de localização na Europa, Hospital de Hanwell	p. 93
Figura 27: Planta de Enquadramento Urbano, Hospital de Hanwell	p. 93
Figura 28: Planta geral do Hospital psiquiátrico de Hanwell em Middlesex County, 1843	p. 93

Figura 29: Planta de localização na Europa, Hospital de Charenton	p. 95
Figura 30: Hospital de Charenton Planta séc. XVIII	p. 95
Figura 31: Hospital de Charenton Planta 1810	p. 95
Figura 32: Vista aérea do plano do hospital de Charenton	p. 95
Figura 33: Planta de Enquadramento Urbano, Hospital de Charenton	p. 95
Figura 34: Hospital de Charenton Planta de final de 1844	p. 97
Figura 35: Esquema extrapolativo da adaptação organizativa estabelecida pelo Dr. Jacobi no Convento de Siedburg para Hospital dos Alienados	p. 97
Figura 36: Planta de distribuição programática do Hospital de Salpêtrière	p.101
Figura 37: Planta de distribuição programática do Hospital de Bethlem	p. 103
Figura 38: Planta de distribuição programática do Hospital de Wakefield	p. 105
Figura 39: Planta de distribuição programática do Hospital de Hanwell	p. 107
Figura 40: Planta de distribuição programática do Hospital de Charenton	p. 109
Figura 41: Planta de distribuição programática do modelo de hospital do dr Jacobi	p. 111
Figura 42: Organigramas de distribuição programática dos modelos internacionais	p. 115
Figura 43: Organigramas de distribuição programática dos modelos internacionais	p. 117
Figura 44: Vista aérea do Hospital de Salpêtrière	p. 119
Figura 45: Desenho da fachada principal do Hospital de Bethlem, 1817	p. 119
Figura 46: Vista aérea do Hospital de Wakefield	p. 121
Figura 47: Vista aérea do Hospital de Hanwell	p. 121
Figura 48: Vista aérea do Hospital de Charenton, 1977	p. 123
Figura 49: Esquema comparativo dos modelos internacionais	p. 123
Figura 50: Análise dos alçados dos modelos internacionais	p. 127
Figura 51: Esquemas funcionais dos vãos exteriores das celas dos modelos internacionais	p. 129
Figura 52: vista exterior cela feminina (esquerda), corredor acesso às celas (direita)	p. 130
Figura 53: Pintura corredor acesso às celas (esquerda), Pintura interior de cela (direita)	p. 130
Figura 54: Vista exterior celas (esquerda) e corredor de acesso e interior da cela (direita)	p. 130
Figura 55: Vista exterior das celas (esquerda) e imagem interior de uma cela (direita)	p. 131
Figura 56: Alçado de uma galeria dos convalescentes (esquerda) e imagem de uma galeria dos convalescentes (direita)	p. 131

Figura 57: Plantas dos espaços exteriores dos modelos internacionais	p. 135
Figura 58: Plantas dos espaços exteriores dos modelos internacionais	p. 137
Figura 59: Quadro Síntese dos modelos internacionais	p. 139
Figura 59: Hospital Miguel Bombarda, vista da entrada principal	p. 145
Figura 60: Hospício D. Pedro II, vista aérea do conjunto edificado	p. 145
Figura 61: Hospital Conde de Ferreira, vista da entrada principal	p. 147
Figura 62: Hospital Júlio de Matos, vista geral sobre o volume da entrada e administração	p. 147
Figura 63: Planta de Localização em Portugal, Hospital Miguel Bombarda	p. 151
Figura 64: Planta de enquadramento urbano, Hospital Miguel Bombarda	p. 151
Figura 65: Vista aérea do Hospital psiquiátrico Miguel Bombarda em 1948	p. 151
Figura 66: Planta de localização no Brasil, Hospício D. Pedro II	p. 153
Figura 67: Planta de enquadramento urbano, Hospício D. Pedro II	p. 153
Figura 68: Planta existente do Hospício D. Pedro II, Rio de Janeiro, 1904-1905	p. 153
Figura 69: Planta de localização em Portugal, Hospital Conde de Ferreira	p. 155
Figura 70: Planta de enquadramento urbano, Hospital Conde de Ferreira	p. 155
Figura 71: Planta original do Hospital psiquiátrico Conde de Ferreira	p. 155
Figura 72: Planta de localização em Portugal, Hospital Júlio de Matos	p. 157
Figura 73: Planta de enquadramento urbano, Hospital Júlio de Matos	p. 157
Figura 74: Vista aérea em fase de construção do Hospital Júlio de Matos, 1942	p. 157
Figura 75: Planta geral de implantação do Hospital Miguel Bombarda em Lisboa	p. 161
Figura 76: Planta distribuição programática edifício principal do Hospital Miguel Bombarda	p. 163
Figura 77: Planta de distribuição programática do Hospício D. Pedro II	p. 165
Figura 78: Planta de distribuição programática do Hospital Conde de Ferreira	p. 167
Figura 79: Planta geral de implantação do Hospital Júlio de Matos em Lisboa	p. 169
Figura 80: Planta distribuição programática ala psiquiátrica do Hospital Júlio de Matos	p. 171
Figura 81: Organigramas de distribuição programática dos modelos nacionais	p. 175
Figura 82: Organigramas de distribuição programática dos modelos nacionais	p. 177
Figura 83: Vista aérea do Hospital Miguel Bombarda	p. 179
Figura 84: Vista aérea do Hospício D. Pedro II	p. 179
Figura 85: Vista aérea do Hospital Conde Ferreira	p. 180
Figura 86: Vista aérea do Hospital Júlio de Matos	p. 181

Figura 87: Esquema da influência Hospício D. Pedro II no Hospital Conde de Ferreira	p. 181
Figura 88: Esquema comparativo dos modelos nacionais	p. 183
Figura 89: Alçado Hospital Miguel Bombarda	p. 187
Figura 90: Alçado Hospício D. Pedro II, 1859-1861	p. 187
Figura 91: Alçado Hospital Conde de Ferreira	p. 187
Figura 92: Esquemas funcionais dos vãos exteriores das celas dos modelos nacionais	p. 189
Figura 93: Hospital Miguel Bombarda vista exterior de uma ala (esquerda) e imagem interior da enfermaria (direita)	p. 190
Figura 94: Hospício D. Pedro II imagem de um quarto de pensionista (esquerda) e imagem exterior e interior do corredor (direita)	p. 190
Figura 95: Hospital Conde de Ferreira imagem interior de um dormitório (esquerda) e interior do corredor (idêntico ao D. Pedro II) (direita)	p. 191
Figura 96: Hospital Júlio de Matos alçado de uma das alas dos quartos (esquerda) e imagem interior da enfermaria (direita)	p. 191
Figura 97: Plantas dos espaços exteriores dos modelos nacionais	p. 195
Figura 98: Plantas dos espaços exteriores dos modelos nacionais	p. 196
Figura 99: Quadro Síntese dos modelos nacionais	p. 197
Figura 100: O olho do Poder, Foucault	p. 200
Figura 101: Panóptico de Bentham, vista aérea	p. 205
Figura 102: Panóptico de Bentham, planta e corte esquemático	p. 205
Figura 103: Panóptico de Bentham, vista interior	p. 205
Figura 104: Panóptico do Hospital Conde de Ferreira, vista exterior	p. 211
Figura 105: Panóptico do Hospital Conde Ferreira, planta e corte tipo	p. 211
Figura 106: Panóptico do Hospital Conde de Ferreira	p. 211
Figura 107: Pavilhão de Segurança do Hospital Miguel Bombarda, vista aérea	p. 215
Figura 108: Pavilhão de Segurança do Hospital Miguel Bombarda, planta 1948	p. 215
Figura 109: Pavilhão de Segurança do Hospital Miguel Bombarda, vista interior	p. 215
Figura 110: Esquismo de Victor Castro	p. 220
Figura 111: Identificação com modelos tipológicos analisados	p. 225
Figura 112: Serviço do Hospital François Quesnay em Mantes-la-Jolie, planta piso 0	p. 226
Figura 113: Entrada, Hospital François Quesnay em Mantes-la-Jolie	p. 227

Figura 114: Vista exterior, Hospital François Quesnay em Mantes-la-Jolie	p. 227
Figura 115: Vista do corredor e do pátio, Hospital François Quesnay em Mantes-la-Jolie	p. 227
Figura 116: Vista do pátio interior, Hospital François Quesnay em Mantes-la-Jolie	p. 227
Figura 117: Organigrama funcional do Hospital François Quesnay	p. 227
Figura 118: Centro Hospitalar des Portes des L'Oise, planta implantação	p. 232
Figura 119: Centro Hospitalar des Portes des L'Oise, vista exterior dos quartos	p. 232
Figura 120: Centro Hospitalar des Portes des L'Oise, planta nível 0	p. 233
Figura 121: Centro Hospitalar des Portes des L'Oise, planta nível 1	p. 233
Figura 122: Identificação com modelos tipológicos analisados	p. 234
Figura 123: Centro Hospitalar des Portes des L'Oise, vista interior posto de controlo	p. 235
Figura 124: organigrama funcional do Centro Hospitalar des Portes des L'Oise	p. 235
Figura 125: relação interior com o exterior, esquisso de Victor Castro	p. 237
Figura 126: Hospital François Quesnay em Mantes-le-Jolie, pátio interior	p. 237
Figura 127: Quadro Síntese - Tipologia	p. 240
Figura 128: Quadro Síntese - Distribuição Programática	p. 241
Figura 129: Quadro Síntese - Espaços Exteriores	p. 241
Figura 130: Quadro Síntese - Vãos Exteriores	p. 242